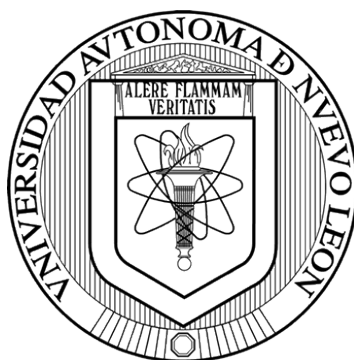


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL MÁS SEGURA EN ADULTOS DE
MEDIANA Y TERCERA EDAD

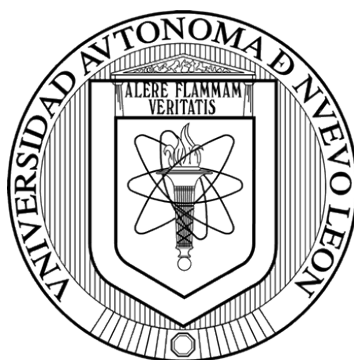
Por

ME. DAFNE ASTRID GÓMEZ MELASIO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL MÁS SEGURA EN ADULTOS DE
MEDIANA Y TERCERA EDAD

Por

ME. DAFNE ASTRID GÓMEZ MELASIO

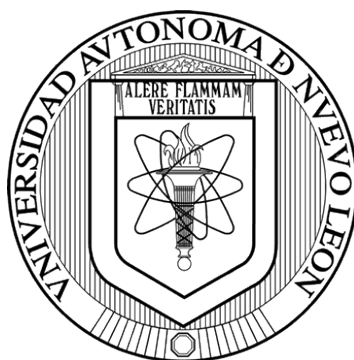
Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

AGOSTO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL MÁS SEGURA EN ADULTOS DE
MEDIANA Y TERCERA EDAD

Por

ME. DAFNE ASTRID GÓMEZ MELASIO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Asesor Estadístico

DRA. JEYLE ORTIZ RODRÍGUEZ

AGOSTO, 2021

MODELO DE CONDUCTA SEXUAL MÁS SEGURA EN ADULTOS DE
MEDIANA Y TERCERA EDAD

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

1er. Vocal

Dra. Jeyle Ortiz Rodríguez

2do. Vocal

Dra. Reyna Torres Obregon

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca proporcionada para realizar y culminar mis estudios de doctorado.

A la directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación, por el apoyo brindado durante mi etapa académica.

A mi directora de tesis, Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por compartir su amplio conocimiento y experiencia en investigación, por su exigencia y motivación constante, por ser un ejemplo a seguir de liderazgo.

A mi jurado de tesis, Dra. María Aracely Márquez Vega, Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, Dra. Jeyle Ortiz Rodríguez y Dra. Reyna Torres Obregon, por sus valiosas aportaciones para consolidar este proyecto.

A los docentes del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería, que con sus conocimientos, experiencia y vocación fortalecieron mi aprendizaje.

A mis compañeros de generación por compartir sus conocimientos y experiencias en las clases, mucho éxito a todos.

A mis familiares y amigos que siempre estuvieron para brindarme su apoyo y ayuda, muchas gracias a todos.

A las personas que me acompañaron durante este viaje, pero que por alguna razón decidieron saltar del barco antes de llegar al destino, gracias por todo el apoyo brindado en su momento, mucha suerte.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila por el apoyo brindado

A todas las personas que participaron en este estudio, gracias por compartir su información.

Dedicatoria

A Dios por darme fortaleza, guiar mis pasos y acciones, acompañarme siempre durante esta etapa y permitirme llegar a la meta.

A mis padres María Magdalena Melasio Gámez y José Carlos Gómez Vázquez.
Madre muchas gracias por tu apoyo incondicional, lo que hoy soy te lo debo a ti, te amo.

A mi hermano José Carlos Gómez Melasio, por apoyarme a su manera.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico Conceptual	8
Modelo de Conducta Integrado	8
Modelo de conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad	14
Estudios Relacionados	23
Síntesis de Estudios Relacionados	51
Objetivo General	53
Objetivos Específicos	53
Definición de Términos	55
Capítulo II	
Metodología	59
Diseño del Estudio	59
Población, Muestra y Muestreo	59
Criterios de Inclusión	59
Criterios de Eliminación	60
Instrumentos de Medición	60
Procedimiento de Recolección de Datos	69
Consideraciones Éticas	72
Plan de Análisis de los Datos	74
Capítulo III	
Resultados	77
Características Generales de los Participantes	77
Características de Conductas Sexuales de los Participantes	78

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Estadística Descriptiva de las Variables de Interés	82
Correlaciones de las Variables de Interés	83
Consistencia Interna de los Instrumentos	85
Análisis Factoriales Confirmatorios	85
Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad	107
Modelo de Conducta Sexual más Segura en Mujeres Adultas de Mediana y Tercera Edad	124
Modelo de Conducta Sexual más Segura en Hombres Adultos de Mediana y Tercera Edad	127
Capítulo IV	
Discusión	134
Limitaciones del Estudio	142
Conclusiones	144
Recomendaciones	144
Referencias	146
Apéndices	160
A. Consentimiento Informado	161
B. Cédula de Datos Personales	163
C. Escala de Riesgo Percibido a ITS	167
D. Escala Multidimensional de Actitudes del Condón	169
E. Escala de Provisión Social VIH Negativo	172
F. Escala de Barreras del Condón	175
G. Escala de Autoeficacia del Uso del Condón	178
H. Lista de Verificación de Habilidades Para el Uso del Condón	182

Tabla de Contenido

Contenido	Página
I. Subescala de Intención Para Practicar Sexo Seguro	184
J. Cuestionario de Conducta Sexual más Segura	186

.

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características generales de los participantes	78
2. Número de parejas sexuales a lo largo de la vida	79
3. Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses	79
4. Uso de condón	80
5. Cambios fisiológicos	81
6. Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S)	83
7. Correlaciones de las variables de interés	84
8. Consistencia interna de los instrumentos	85
9. Índices de ajuste de susceptibilidad percibida a ITS	86
10. Cargas factoriales y R^2 de susceptibilidad percibida a ITS	86
11. Índices de ajuste de actitud experiencial para el uso del condón	88
12. Cargas factoriales y R^2 de actitud experiencial para el uso del condón	88
13. Índices de ajuste de actitud instrumental para el uso del condón	90
14. Cargas factoriales y R^2 de actitud instrumental para el uso del condón	90
15. Índices de ajuste de norma percibida para sexo seguro	92
16. Cargas factoriales y R^2 de norma percibida para sexo seguro	92
17. Índices de ajuste de control percibido para el uso del condón	95
18. Cargas factoriales y R^2 de control percibido para el uso del condón	95
19. Índices de ajuste de autoeficacia para el uso del condón	97
20. Cargas factoriales y R^2 de autoeficacia para el uso del condón	97
21. Índices de ajuste de barreras para el uso del condón	101
22. Cargas factoriales y R^2 de barreras para el uso del condón	101

Lista de Tablas

Tabla	Página
23. Índices de ajuste de intención de practicar sexo seguro	102
24. Cargas factoriales y R^2 de intención de practicar sexo seguro	103
25. Índices de ajuste de conducta sexual más segura	104
26. Cargas factoriales y R^2 de conducta sexual más segura	104
27. Modelo de regresión conducta sexual más segura	108
28. Modelo de regresión intención de practicar sexo seguro	109
29. Efectos indirectos, directos, totales y prueba de Sobel	110
30. Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del sexo	112
31. Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores de la edad	113
32. Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del estado civil	115
33. Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores de la escolaridad	118
34. Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del ingreso económico	121
35. Modelo de regresión conducta sexual más segura en mujeres	125
36. Modelo de regresión intención de practicar sexo seguro en mujeres	126
37. Efectos indirectos, directos, totales y prueba de Sobel en mujeres	126
38. Modelo de regresión conducta sexual más segura en hombres	128
39. Modelo de regresión intención de practicar sexo seguro en hombres	129
40. Efectos indirectos, directos, totales y prueba de Sobel en hombres	129

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Conducta Integrado	13
2. Modelo de sub-estructuración: Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad	21
3. Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad	22
4. Estructura susceptibilidad percibida a ITS	87
5. Estructura actitud experiencial para el uso del condón	89
6. Estructura actitud instrumental para el uso del condón	91
7. Estructura norma percibida para sexo seguro	94
8. Estructura control percibido para el uso del condón	96
9. Estructura autoeficacia para el uso del condón	100
10. Estructura barreras para el uso del condón	102
11. Estructura intención de practicar sexo seguro	103
12. Estructura conducta sexual más segura	106
13. Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad	131
14. Modelo de Conducta Sexual más Segura en Mujeres Adultas de Mediana y Tercera Edad	132
15. Modelo de Conducta Sexual más Segura en Hombres Adultos de Mediana y Tercera Edad	133

Resumen

ME. Dafne Astrid Gómez Melasio
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2021

Título del estudio: MODELO DE CONDUCTA SEXUAL MÁS SEGURA EN ADULTOS DE MEDIANA Y TERCERA EDAD.

Número de páginas: 207

Candidato para Obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Propósito y Método del estudio: El propósito del estudio fue analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, utilizando como sustento teórico el Modelo de Conducta Integrado. La población fueron adultos de mediana y tercera edad residentes de la República Mexicana. El diseño del estudio fue de comprobación de modelo, la muestra estuvo conformada por 726 adultos de mediana y tercera edad, sexualmente activos. Se empleó un muestreo virtual online utilizando la red social Facebook®. Para la medición de las variables se utilizó una cedula de datos personales y ocho instrumentos. Los objetivos se respondieron realizando análisis de regresión lineal múltiple, mediación y moderación.

Contribución y Conclusiones: Se encontró que, control percibido para el uso del condón, relevancia del uso del condón, experiencia previa del uso del condón y susceptibilidad percibida a ITS influyeron en la conducta sexual más segura. En las mujeres, autoeficacia para el uso del condón influyó en la conducta sexual más segura. La intención de practicar sexo seguro medió el efecto de control percibido para el uso del condón sobre conducta sexual más segura. En las mujeres, intención de practicar sexo seguro medió el efecto de norma percibida para sexo seguro y autoeficacia para el uso del condón sobre conducta sexual más segura. En los hombres, la intención de practicar sexo seguro medió el efecto de actitud instrumental para el uso del condón sobre conducta sexual más segura. El sexo femenino presentó mayor frecuencia de efectos significativos y los mayores efectos. Conforme aumentó la edad, disminuyó el efecto de actitud instrumental para el uso del condón y control percibido para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro. Conforme aumentó la edad, aumentó el efecto de autoeficacia para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro. El estado civil unión libre tuvo la mayor frecuencia de efectos significativos y el estado civil separado tuvo los mayores efectos. Conforme aumentó el nivel de escolaridad e ingreso económico, los efectos fueron mayores. Los hallazgos de este estudio son de gran importancia, ya que proporcionan una visión del fenómeno de conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad, aportando evidencia científica para el desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas en promover conductas sexuales más seguras, y con esto apoyar la prevención de ITS en esta población.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un grave problema para la salud pública mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019) por sus implicaciones individuales y sociales, poniendo en riesgo la salud física y mental de quienes las padecen (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014). Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluyendo sexo vaginal, anal y oral.

Se estima que, por año, cerca de 376 millones de personas contraen alguna de las siguientes infecciones curables, clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis (OMS, 2019). En cuanto a las infecciones virales incurables, como la hepatitis B, cerca de 257 millones de personas la padecen (OMS, 2020a). Más de 3700 millones menores de 50 años han adquirido el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) (OMS, 2020b). Sin embargo, no se especifica cuantos los adquirieron por contacto sexual. Respecto al virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) causante del herpes genital (MedlinePlus, 2021b), se estima que, más de 500 millones de personas son portadoras del virus (OMS, 2019).

En lo que concierne al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA, 2021) en el 2019, 38 millones de personas vivían con el VIH, se diagnosticaron 1.7 millones de casos nuevos y 690 mil personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida. Para ese mismo año, en América Latina 2.1 millones de personas vivían con el VIH, se produjeron 120 mil casos nuevos y 37 mil muertes (ONUSIDA, 2020). Algunas de las infecciones, como el herpes y la sífilis, multiplican el riesgo de adquirir el VIH hasta por tres o más veces. Respecto al virus del papiloma humano (VPH), más de 290 millones de mujeres son portadoras del virus. Anualmente el VPH provoca 570 mil casos de cáncer cervicouterino y 300 mil defunciones (OMS, 2019).

Las ITS son una problemática que puede presentarse en cualquier persona sexualmente activa, sin distinción de edad (United States Department of Veterans Affairs [VA], 2021). En diversos países como México, Estados Unidos, Canadá, Brasil, Reino Unido, Australia, China, Corea y países de África subsahariana, entre otros, se ha hecho visible un aumento de la incidencia de ITS en adultos de mediana y tercera edad (Andrade, Ayres, Aguiar, Cassamassimo, & García, 2017; Simson & Kulasegaram, 2012; Poynten, Grulich, & Templeton, 2013; Zamudio, Aguilar, & Avila, 2017).

De acuerdo a datos del Centers for Disease Control and Prevention en Estados Unidos (CDC, 2019), de 2014 a 2018, el número de casos nuevos de clamidia, gonorrea, y sífilis aumentó en los adultos de mediana y tercera edad; clamidia de 60 175 a 91 756; gonorrea de 33 469 a 72 646; y sífilis, de 5 797 a 9 454, respectivamente. Y en lo que respecta al virus de inmunodeficiencia humana, en el 2018, se reportaron 12 041 nuevos diagnósticos (CDC, 2020).

Es importante tener en cuenta que los adultos de mediana y tercera edad representan una población que va en aumento. La mayoría de los países están experimentando un incremento en el número y la proporción de personas de dichos grupos poblacionales (Naciones Unidas [NN. UU.], 2021; Consejo Nacional de Población [CONAPO] e INEGI, 2017). Entre 2015 y 2050, el porcentaje de personas mayores de 60 años se duplicará pasando del 12% al 22%, es decir, de 900 millones a 2000 millones (OMS, 2018).

Para hacer frente a esta transición demográfica, la OMS presentó el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015), donde declaró que, existen diversos estereotipos respecto a las personas mayores, los cuales, representan un desafío, ya que obstaculizan la atención en salud que reciben (Andrade et al., 2017; OMS, 2018). Un estereotipo, es la sexualidad de las personas mayores y la cultura de rechazo de su actividad sexual, al considerarlos seres asexuales. Este estereotipo se encuentra presente en los profesionales de la salud, además de la falta de conciencia y comunicación sobre

salud sexual y riesgo de ITS para con las personas mayores, lo que los limita a indagar sobre su actividad sexual, por ende, no identifican conductas y factores de riesgo que los hacen susceptibles a adquirir una ITS. Además, este estereotipo está presente en las políticas de salud, ya que omiten la promoción de salud y prevención de ITS en esta población (Andrade et al., 2017; Estill, Mock, Schryer, & Eibach, 2017; Heidari, 2016; Hinchliff, 2016; Poynten et al., 2013; Rivers, 2014; Roberson, 2018; Syme, Cohn, & Barnack-Tavlaris, 2016; Uribe, 2015).

Los adultos de mediana y tercera edad enfrentan problemas únicos que los hacen vulnerables a adquirir ITS como, el número de años vividos, ya que puede involucrar mayor número de parejas sexuales (Poynten et al., 2013), y la pérdida de la pareja por divorcio o fallecimiento, que los lleva a reiniciar su vida sexual con otra pareja (Fileborn et al., 2017), y en la mayoría de los casos tienden a tener relaciones sexuales sin condón (Andrade et al., 2017; Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014; CDC, 2016b; Odimegwu & Mutanda, 2017; Roberson, 2018; Smith & Larson, 2015; Syme et al., 2016).

A lo anterior se añan, los factores de riesgo de tipo fisiológico, como los cambios biológicos asociados al envejecimiento, tales como, el debilitamiento del sistema inmunológico (Johnson, 2013; MedlinePlus, 2021a). Las mujeres pueden presentar sequedad y atrofia vaginal (estrechamiento, acortamiento y adelgazamiento del epitelio) debido a la disminución de estrógenos (AIDS Community Research Initiative of America [ACRIA], 2008; DeLamater, 2012; Fileborn et al., 2017; infoSIDA, 2020; Minichiello et al., 2012; Rivers, 2014), aumentando la probabilidad de presentar abrasiones y desgarros durante las relaciones sexuales (Johnson, 2013). En la etapa de posmenopausia el volumen de flujo vaginal es inferior comparado con el de mujeres en edad fértil, y el pH se eleva debido a la disminución en la colonización de lactobacilos en la vagina. Factores como la sequedad vaginal afectan de forma indirecta, ya que, el uso del condón puede hacer más incómoda o dolorosa la relación (Fileborn et al., 2017).

En los hombres, los cambios sexuales normales asociados con el envejecimiento incluyen la disminución de los niveles de testosterona, que conlleva a problemas de erección. Estos cambios aumentan indirectamente el riesgo de contraer ITS, al involucrarse en conductas sexuales de riesgo como no usar condón (Johnson, 2013), ya que el colocarse el condón les haría perder la erección o se les dificultaría usarlo con el pene semierecto (Fileborn et al., 2017).

Sin duda alguna, el uso del condón ha demostrado ser de las conductas sexuales más seguras la herramienta más efectiva para prevenir ITS (Asare, 2015; CDC, 2018). Otros tipos de prácticas sexuales más seguras son evitar el alcohol y las drogas antes o durante las relaciones sexuales, evitar el contacto con fluidos corporales y evitar a las personas que se considera tienen mayor riesgo (Dilorio, Parsons, Lehr, Adame, & Carlone, 1992). Los estudios muestran cifras bajas respecto al uso del condón en los adultos de mediana y tercera edad.

Estudios como el de Cooperman, Arnsten y Klein (2007), Foster (2010), y Altschuler y Rhee (2015), reportaron que, aproximadamente entre el 60% y el 75% de los adultos de mediana y tercera edad participantes en sus estudios usaban inconsistentemente el condón. Amin (2014), Sormanti y Shibusawa (2007), y Odimegwu y Mutanda (2017), encontraron un porcentaje mayor de uso inconsistente del condón en sus participantes (85% y 90%). En México no se han identificado investigaciones que permitan conocer el porcentaje de adultos de mediana y tercera edad que utilizan condón en sus relaciones sexuales. Nicole Finkelstein (2019) directora de la asociación AIDS Healthcare Foundation México, manifestó que, en la población mexicana en general, seis de cada diez personas no utilizan condón en sus relaciones sexuales.

Debido al bajo porcentaje de uso del condón en los adultos de mediana y tercera edad, resulta indispensable explorar los factores que influyen en esta y otras conductas sexuales que los hacen susceptibles a adquirir ITS. Existen dos modelos explicativos que abordaron conductas sexuales en adultos de mediana y tercera edad. Stepanian (2016)

empleó la Teoría de la Acción Razonada (TAR) para predecir la intención de realizar prácticas sexuales más seguras. El modelo tuvo una varianza explicada del 10%, solo la variable creencias normativas presentó significancia estadística.

Foster (2010), utilizó el Modelo de Información, Motivación y Habilidades del Comportamiento (Fisher, Fisher, Bryan, & Misovich, 2002) y la Teoría de Autoeficacia de Bandura (1986) para predecir conductas sexuales de riesgo. Se encontró significancia estadística en la variable creencias de eficacia percibida para realizar conductas sexuales más seguras. Los hallazgos encontrados en los modelos mencionados, contribuyen en la comprensión de la conducta sexual más segura de los adultos de mediana y tercera edad, pero los resultados potencializan la necesidad de nuevas investigaciones. De acuerdo a lo anterior, DeLamater (2012) destaca la necesidad de crear modelos teóricos integrales para comprender la conducta sexual en los adultos de mediana y tercera edad.

Siguiendo en el mismo orden de ideas, se identificó que, no usar condón se atribuye a diversas creencias, considerarlo método anticonceptivo (InfoSIDA, 2020; Roberson, 2018; Fileborn et al., 2017), creer que el condón reduce el placer, y la creencia de que las relaciones de largo tiempo los exime de usar condón (Fileborn et al., 2017). Por lo tanto, el uso del condón tiene poca o nula importancia para ellos.

La literatura indica que, los individuos con mayor susceptibilidad percibida, tienen mayor probabilidad de tener intención de usar condón (Gebreselassie et al., 2013). No obstante, los adultos de mediana y tercera edad tienen baja o nula susceptibilidad percibida a adquirir alguna ITS (Fong, Brook, Pullés, Tabares, & Oliva, 2015; Syme et al., 2016). Autores como Fileborn et al. (2017) mencionan entre sus hallazgos que, el grupo de población mencionado considera que las ITS son exclusivas de los jóvenes.

Por otro lado, se ha identificado que los adultos de mediana y tercera edad no poseen conocimiento suficiente sobre el uso correcto del condón, sin embargo, este grupo poblacional asegura que son capaces de usarlo correctamente (Foster, Clark, Holstad, & Burgess, 2012). Aunado a lo anterior, la literatura menciona que existen

barreras relacionadas al uso del condón, entre estas, considerar que las relaciones sexuales sin protección aumentan la intimidad y confianza en la pareja (Coleman & Ball, 2007).

Factores como, sexo, edad, estado civil, escolaridad e ingreso económico, pueden afectar o favorecer la adopción de la conducta sexual más segura. Amin (2014) encontró que los hombres tenían 70% menos de probabilidades de no usar condón en la relación sexual, sin embargo, Foster et al. (2012) reportaron que, ser mujer se asoció con menos conductas sexuales de riesgo, observándose contradicción en dichos resultados. Por cada año adicional de edad, los adultos de mediana y tercera edad tenían 14% más de probabilidades de mantener relaciones sexuales sin condón (Amin, 2014). El estado civil casado fue un fuerte predictor del uso del condón, los adultos de mediana y tercera edad casados tenían siete veces más probabilidades de tener relaciones sexuales sin condón (Amin, 2014). Por cada año de escolaridad la probabilidad de no usar condón disminuyó (Amin, 2014; Odimegwu & Mutanda, 2017; Sormanti & Shibusawa 2007). Además, mayores ingresos económicos se asociaron con menor uso del condón (Altschuler & Rhee, 2015).

Existe escasa evidencia sobre las conductas sexuales más seguras en adultos de mediana y tercera edad, las investigaciones se han centrado principalmente en personas en edad reproductiva (Heidari, 2016). Aunado a la escasez de literatura, los estudios existentes fueron realizados en otros países y carecen del contexto cultural, lo que puede repercutir en el abordaje adecuado del problema.

Cabe mencionar que, la dinámica de la actuación de los factores antes referidos y la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, no está clara en su totalidad, lo cual puede ser atribuible a que estos representan una población invisible y estigmatizada en temas de sexualidad (Leyva, 2008; Llanes, 2013; Orozco & Rodríguez, 2006). En los estudios se han planteado variables de forma aislada, pero ninguna de estas por sí sola explica la conducta sexual más segura.

Lo descrito, sugiere la dimensión del fenómeno. La conducta sexual más segura es el resultado de múltiples factores que la inhiben o favorecen. Por lo tanto, resulta necesario un abordaje integral del problema considerando soportes teóricos que integren los factores antes descritos. En este sentido, el Modelo de Conducta Integrado (IBM por sus siglas en inglés) propone un marco idóneo para comprender la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad. Además, el IBM se ha utilizado para comprender la intención, la conducta de uso de condón y otras conductas de prevención de ITS y VIH, en otras poblaciones diferentes a la del presente estudio (Montaño & Kasprzyk, 2015).

El IBM es una extensión de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), y propone un marco más completo para explicar la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad. Sin embargo, es importante considerar y probar la capacidad explicativa del IBM en la conducta sexual más segura de los adultos de mediana y tercera edad.

El modelo que se pretende generar ayudará en la comprensión de los factores que facilitan o dificultan la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad para prevenir ITS. Se puede concretar que la prevención de ITS demanda la atención de los profesionales de la salud, de tal manera, es relevante que, el profesional de enfermería contribuya en la reducción de conductas sexuales de riesgo, inicialmente mediante la realización de investigación científica que permita explicar la interacción de variables involucradas en la conducta sexual más segura, y a la vez, identificar dimensiones del conocimiento que puedan contribuir en la fundamentación de intervenciones conductuales para prevenir ITS en esta población. La literatura muestra la necesidad de diseñar intervenciones específicas para esta población (Andrade et al., 2017; Foster et al., 2012; Poynten et al., 2013).

Por todo lo expuesto, el propósito del presente estudio es analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad,

utilizando como sustento teórico el Modelo de Conducta Integrado.

Marco Teórico Conceptual

El IBM se empleará como sustento teórico en el presente estudio, ya que ofrece un marco para comprender y predecir conductas sociales. A continuación, se describe el IBM, posteriormente se presenta la técnica de sub-estructuración realizada para generar el modelo desarrollado a partir de dicha teoría y finalmente se muestra la representación del modelo de sub-estructuración.

Modelo de Conducta Integrado.

El IBM es una extensión de la TAR y de la TCP. El IBM está compuesto por 18 constructos (sentimientos sobre la conducta, creencias de conducta, creencias normativas de las expectativas de los demás, creencias normativas de la conducta de los demás, creencias de control, creencias de eficacia, actitud experiencial, actitud instrumental, norma inductiva, norma descriptiva, control percibido, autoeficacia, conocimiento y habilidad para desarrollar la conducta, relevancia de la conducta, limitaciones ambientales, hábito, intención de desarrollar la conducta y la conducta), y se pueden incluir los factores de fondo de tipo individual (edad, género, educación, ingreso, personalidad, estado anímico, emoción, inteligencia, valores, estereotipos y conocimiento) o de tipo social (religión, raza, etnicidad, cultura, leyes, economía, geografía, medios de comunicación e intervención) si se considera que influyen significativamente en las creencias de la conducta de interés, ya que estos influyen indirectamente en la conducta por sus efectos sobre las creencias (figura 1) (Ajzen, 2019; Montaña & Kasprzyk, 2015).

Los factores de fondo se consideran variables distales que, sugieren que, ciertos grupos demográficos pueden ser más propensos que otros a participar en la conducta, porque tienen diferencias en los constructos o variables proximales. Es importante investigar y comprender cómo los patrones de creencias pueden diferir entre varios grupos en función de estas variables externas, ya que puede ser útil segmentar a las

poblaciones, en tales variables distales y diseñar diferentes intervenciones para diferentes segmentos de audiencia, si existen diferencias claras en los patrones de creencias (Montaño & Kasprzyk, 2015).

A continuación, se describen los constructos o variables proximales del IBM. De acuerdo con el modelo, la intención conductual está determinada por tres categorías de constructos. La primera es la actitud hacia la conducta, compuesta por las dimensiones afectiva y cognitiva. La actitud experiencial o afectiva es la respuesta emocional del individuo a la idea de realizar una conducta recomendada. Es poco probable que las personas con fuerte respuesta emocional negativa a la conducta la realicen, mientras que aquellos con fuerte reacción emocional positiva tienen más probabilidades de participar en ella. La actitud instrumental es una respuesta cognitiva, determinada por las creencias sobre los resultados de desarrollar la conducta (Montaño & Kasprzyk, 2015).

Segunda, la norma percibida, que refleja la presión social que siente la persona para realizar o no una conducta particular. La norma percibida está compuesta por la norma inductiva y norma descriptiva. La norma inductiva (creencias normativas sobre lo piensan los demás que se debe hacer y la motivación para cumplirlo), es definida igual que la norma subjetiva dentro de la TAR y TCP. La norma inductiva puede no capturar completamente la influencia normativa, por ello, la importancia de incluir la norma descriptiva, definida como las percepciones sobre lo que hacen los demás en las redes sociales o personales. Esta también puede ser parte importante de la influencia normativa (Montaño & Kasprzyk, 2015).

Finalmente, la agencia personal, que consta de dos constructos: el control percibido y la autoeficacia. El control percibido está determinado por la propia percepción del grado en que diversos factores hacen que sea fácil versus difícil llevar a cabo la conducta. La autoeficacia es el grado de confianza en uno mismo para realizar la conducta frente a varios obstáculos o desafíos. Pocos documentos han discutido las similitudes y diferencias entre estos dos constructos, pero los autores del IBM sugieren

la utilidad de incluir ambas medidas (Montaño & Kasprzyk, 2015).

La actitud instrumental y experiencial, la normas inductiva y descriptiva, la autoeficacia y el control percibido son funciones de las creencias subyacentes. Como se observa en la figura 1, la actitud instrumental es una función de las creencias sobre los resultados de realizar la conducta, al igual que en la TAR y TCP. Una creencia conductual es la probabilidad subjetiva de que la conducta producirá un resultado o experiencia dados (Ajzen, 2019). La evaluación de resultados no se especifica en el IBM, a diferencia de la TAR y TCP. La investigación sugiere que, para muchas conductas de salud hay poca variación en las evaluaciones de los resultados de la conducta. Si la mayoría de las personas está de acuerdo en sus evaluaciones de los diversos resultados de la conducta, hay poco beneficio en medirlos. Sin embargo, si el estudio preliminar de una conducta indica una variación individual en las evaluaciones de resultados, esta medida debe evaluarse (Montaño & Kasprzyk, 2015).

La norma percibida es una función de las creencias normativas, al igual que en la TAR y TCP. Las creencias normativas se refieren a las expectativas de conducta percibidas de individuos o grupos referentes, tan importantes como el cónyuge, la familia, los amigos, y dependiendo de la población y la conducta estudiada, el maestro, médico, supervisor o compañeros de trabajo (Ajzen, 2019). En contraste con estas dos teorías, en el IBM no se especifica la motivación para cumplir con lo que piensan los demás que se debe hacer. Al igual que con las evaluaciones de resultados, no se han encontrado variaciones en dichas medidas. Sin embargo, si existiera variación en la motivación para cumplir con el referente, también debería medirse (Montaño & Kasprzyk, 2015).

El control percibido, como en la TCP, es una función de las creencias de control sobre la probabilidad de ocurrencia de varias condiciones que facilitan o restringen la conducta, ponderadas por el efecto percibido de que estas condiciones hacen que el desempeño conductual sea fácil o difícil. Finalmente, cuanto más fuertes sean las

creencias de que uno puede realizar la conducta a pesar de varias barreras específicas, mayor será la autoeficacia para llevar a cabo la conducta (Montaño & Kasprzyk, 2015).

Al igual que en la TAR y en la TCP, en el IBM la intención de realizar la conducta es el determinante más importante (antecedente inmediato de la conducta). Sin motivación, es poco probable que una persona realice una conducta dada (Montaño & Kasprzyk, 2015). La intención es una indicación de la disposición de una persona para realizar una conducta dada. La conducta es la respuesta manifiesta y observable en una situación dada con respecto a un objetivo determinado (Ajzen, 2019).

En el IBM existen otros cuatro componentes que influyen en la conducta. Tres de estos son importantes para determinar si las intenciones conductuales resultarán en el desarrollo de la conducta. Primero, incluso si una persona tiene fuerte intención de realizar la conducta, necesita conocimiento y habilidad para llevarla a cabo (Montaño & Kasprzyk, 2015).

Segundo, no debe haber restricciones ambientales que hagan que la conducta sea muy difícil o imposible. Tercero, la conducta debe ser relevante para la persona. Finalmente, la experiencia en la realización de la conducta puede hacerlo habitual, por lo que la intención se vuelve menos importante para determinar la conducta en ese individuo. Por lo tanto, es más probable que ocurra una conducta particular si 1) la persona tiene una fuerte intención de realizarla y el conocimiento y la habilidad para hacerlo, 2) no existen restricciones ambientales importantes que impidan el desarrollo de la conducta, 3) la conducta es importante para la persona, y 4) la persona ha realizado la conducta previamente (Montaño & Kasprzyk, 2015).

Todos estos componentes y sus interacciones son importantes considerar en el diseño de intervenciones de promoción de conductas saludables. Sin embargo, se debe realizar un análisis cuidadoso de la conducta y la población estudiada para determinar que componentes serán los más importantes para promover cambios de conducta, pueden ser necesarias diferentes estrategias para diferentes conductas y para la misma

conducta en diferentes poblaciones o entornos (Montaño & Kasprzyk, 2015).

La importancia relativa de las tres categorías de constructos teóricos anteriores (actitud, norma percibida y agencia personal) en la determinación de la intención de realizar la conducta, puede variar para diferentes conductas y poblaciones, al igual que, como se describe en la TAR y TCP. Por lo tanto, para diseñar intervenciones efectivas para influir en las intenciones conductuales es importante determinar primero el grado en que la intención está influenciada por la actitud (experiencial e instrumental), la norma percibida (inductiva y descriptiva) y la agencia personal (autoeficacia y control percibido). Una vez que esto se entiende para una conducta y una población en particular, es esencial comprender los determinantes (creencias específicas) de esos constructos (Montaño & Kasprzyk, 2015).

A continuación, se mencionan las proposiciones del IBM. Dichas proposiciones son compartidas con la TCP, a excepción de la proposición que involucra los conceptos de la extensión realizada a la TCP.

1. La intención media los efectos de la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido sobre la conducta.
2. Las creencias influyen en las intenciones y en la conducta indirectamente por sus efectos sobre las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido.
3. Los factores de fondo influyen en la conducta solo indirectamente por sus efectos sobre las creencias.
4. El conocimiento y la habilidad para desarrollar una conducta, la relevancia de la conducta, las restricciones ambientales y el hábito influyen en la conducta.

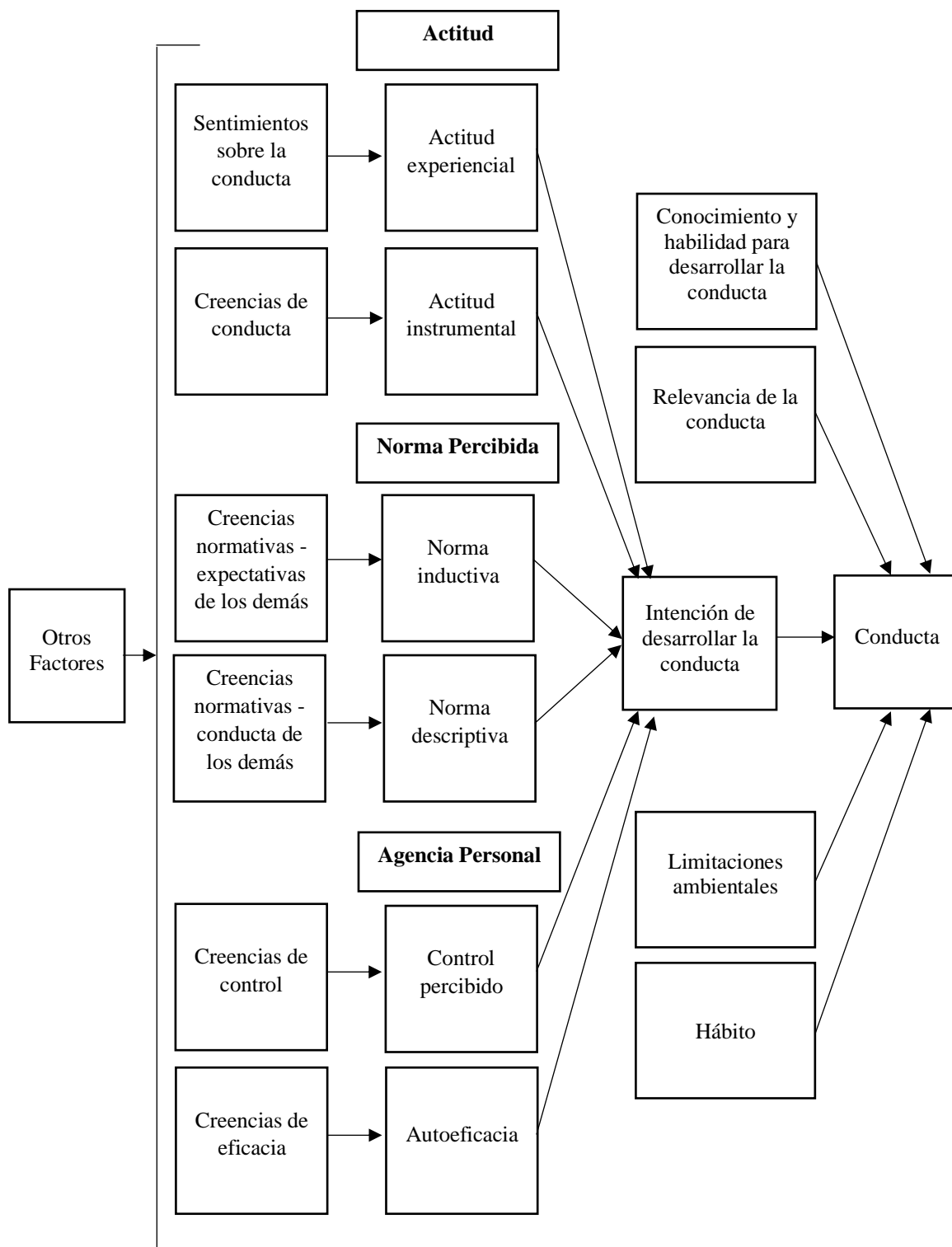


Figura 1. Modelo de Conducta Integrado.

Siguiendo el orden mencionado, se presenta la técnica de sub-estructuración realizada para generar el modelo desarrollado a partir del IBM.

Modelo de conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad.

El modelo generado lleva por nombre Modelo de conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad (MCOSESE AMyTE), para el cual se emplearon los siguientes constructos del IBM: factores antecedentes de tipo individual, actitud experiencial, actitud instrumental, norma inductiva, control percibido, autoeficacia, conocimiento y habilidad para desarrollar la conducta, relevancia de la conducta, limitaciones ambientales, hábito, intención para desarrollar la conducta y la conducta. El modelo desarrollado propone una serie de conceptos y sus relaciones que intentan explicar la conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad (figura 3).

Para realizar dicha teoría se empleó el proceso de sub-estructuración, el cual, es una estrategia que permite evaluar la congruencia entre el sistema teórico y operacional en un diseño de investigación (Dulock & Holzemer, 1991). Se siguieron los cuatro pasos propuestos por Dulock y Holzemer (1991). El primer paso, consistió en identificar y aislar los conceptos principales, el segundo en especificar las relaciones entre los conceptos, el tercero en ordenar jerárquicamente los conceptos de acuerdo a su nivel de abstracción y el cuarto paso, en ilustrar las relaciones entre las variables.

En la figura 2, se muestra el modelo de sub-estructuración, el cual, al igual que la estructura conceptual teórico empírico (CTE) desarrollada por Fawcett para explicar el modelo de sub-estructuración para enfermería (Fawcett & Downs, 1986), forma una jerarquía basada en niveles de abstracción, el modelo conceptual, es el nivel más abstracto de la estructura, ya que es el modelo original de donde se genera la teoría o modelo; la teoría o modelo generado, ocupa el nivel intermedio de la estructura y los métodos de investigación empírica usados para la colecta y análisis de datos (instrumentos) representan el nivel más concreto (Fawcett, 1999). A continuación, se

presentan los primeros tres pasos mencionados (identificar y aislar los conceptos, especificar las relaciones entre estos y ordenarlos jerárquicamente según su nivel de abstracción).

Factores antecedentes (sexo, edad, estado civil, escolaridad e ingreso económico).

Para esta investigación se consideraron factores antecedentes de tipo individual, como el sexo, edad, estado civil, escolaridad e ingreso económico, por tratarse de características propias del individuo, que se consideran influyen de forma indirecta en la conducta sexual más segura, debido a las diferencias que pudieran encontrarse en los diferentes tipos de creencias en los diversos grupos de sexo, edad, estado civil, escolaridad e ingreso económico (Montaño & Kasprzyk, 2015).

Hillman (2008) encontró que, las mujeres eran menos propensas a tener experiencia con los condones que los hombres y ello pudiera ser atribuible a la falta de riesgo percibido y la ineficacia percibida para el uso del condón. No se encontraron investigaciones que abordaran las diferencias en los diferentes tipos de creencias en función de la edad, estado civil, escolaridad e ingreso económico.

La sequedad vaginal y problemas de erección también representaron factores antecedentes, por tratarse de cambios fisiológicos que pueden presentarse en los adultos de mediana y tercera edad (ACRIA 2008; Johnson, 2013). Siguiendo el sustento teórico, dichas variables al representar factores antecedentes, deberían influir indirectamente sobre la conducta sexual más segura. Sin embargo, la evidencia empírica y la lógica indican que influyen de forma directa sobre la conducta sexual más segura (Fileborn et al., 2017; Johnson, 2013).

Por último, también se incorporó como factor antecedente la susceptibilidad percibida a ITS. La susceptibilidad percibida a ITS es la percepción subjetiva del individuo sobre el riesgo de contraer una condición de salud como ITS (Rosenstock Strecher, & Becke, 1994), determinada por evaluaciones cognitivas (estimaciones o

juicios de probabilidad), evaluaciones intuitivas (sentirse vulnerable) y relevancia o importancia del riesgo. Al igual que las variables anteriores, al representar un factor antecedente, el sustento teórico indica que la susceptibilidad percibida a ITS debe influir indirectamente sobre la conducta sexual más segura. No obstante, la evidencia empírica muestra que influye directamente sobre el uso del condón (Gebreselassie et al., 2013; Sullivan et al., 2017).

Actitud experiencial para el uso del condón.

La actitud experiencial se transformó en el concepto actitud experiencial para el uso del condón. Este se define como la respuesta emocional de usar condón, determinada por los sentimientos o emociones que genera usar condón, como, placer y vergüenza. Es poco probable que las personas con fuerte respuesta emocional negativa a la conducta la realicen, mientras que aquellos con fuerte reacción emocional positiva tienen más probabilidades de participar en ella (Montaño & Kasprzyk, 2015). Se ha identificado que los adultos de mediana y tercera edad tienen actitudes negativas con respecto al efecto de los condones sobre la experiencia sexual (Jones, Finkl, Patsdaughter, & Chadwell, 2013). El IBM postula que la relación entre la actitud experiencial y la conducta es mediada por la intención, sin embargo, también se ha encontrado evidencia empírica que existe relación directa entre la actitud experiencial y la conducta (Montanaro & Bryan, 2014).

Actitud instrumental para el uso del condón.

La actitud instrumental se convirtió en el concepto actitud instrumental para el uso del condón. Entendido como las creencias sobre los resultados positivos o negativos que trae consigo usar condón, como, la efectividad en la prevención de ITS y los estereotipos negativos hacia las personas que proponen usar o usan condón. Según el sustento teórico, la relación entre la actitud instrumental y la conducta es mediada por la intención, sin embargo, también se ha encontrado evidencia que existe relación directa entre la actitud instrumental y la conducta (Montanaro & Bryan, 2014).

Los individuos que tienen actitudes positivas hacia el uso del condón tienen mayor intención y uso del condón, ya que las personas pueden formar actitudes positivas hacia el uso del condón si creen que el uso del condón traerá más consecuencias positivas que negativas, es decir, creencias de resultado ponderadas por la conveniencia de estos resultados (Glasman & Albarracín, 2003). En los adultos de mediana y tercera edad se ha encontrado que, consideran que el uso del condón es efectivo para reducir el riesgo de adquirir alguna ITS (Smith, 2015).

Norma percibida para sexo seguro.

La norma inductiva se representó mediante el concepto norma percibida para sexo seguro. Definido como las creencias sobre la presión social, el apoyo emocional, la provisión de ayuda, el reconocimiento de la competencia y habilidad que percibe el individuo por parte de su pareja, para participar o no en conductas sexuales más seguras, las creencias de que la pareja comparte el interés por practicar sexo seguro, y, por lo tanto, se puede recurrir a ella en busca de orientación sobre sexo seguro. Se ha identificado que la norma subjetiva a favor del uso del condón constituye una importante motivación para usar condón, siempre y cuando la persona este motivada a cumplir con dichos referentes normativos, dando como resultado una mayor intención de uso del condón (Glasman & Albarracín, 2003). Las creencias normativas predicen la intención de practicar sexo seguro en los adultos de mediana y tercera edad (Stepanian, 2016). El IBM postula que la relación entre la norma percibida para sexo seguro y la conducta es mediada por la intención, sin embargo, también se ha encontrado evidencia empírica que existe relación directa entre estas (Altschuler & Rhee, 2015; Foster et al., 2012).

Control percibido para el uso del condón.

El control percibido se mostró a través del concepto control percibido para el uso del condón. El cual, se entiende como las creencias de los factores que hacen difícil el uso del condón, como barreras motivacionales y barreras de la pareja para el uso del condón. La reducción en la percepción de barreras para el uso del condón, se ha

asociado con menos ocasiones sexuales sin condón (Campbell et al., 2016), dando evidencia de la relación directa entre el control percibido y la conducta. El IBM postula que la relación entre el control percibido y la conducta es mediada por la intención.

Autoeficacia para el uso del condón.

La autoeficacia se incluyó mediante el concepto autoeficacia para el uso del condón. Que hace referencia a las creencias sobre la confianza en uno mismo para adquirir y mantener los condones disponibles, colocarse correctamente el condón, negociar el uso del condón, hacer que el uso del condón sea placentero y evitar situaciones que puedan conducir al sexo sin condón. Las personas tienen intención de participar en conductas que creen que pueden realizar (Glasman & Albarracín, 2003). La eficacia percibida para realizar conductas sexuales más seguras se ha relacionado con la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad (Foster, 2010), mostrando relación directa entre la eficacia percibida y la conducta. El sustento teórico indica que dicha relación es mediada por la intención.

Conocimiento para el uso del condón.

El conocimiento y habilidad para desarrollar la conducta se representó por el concepto conocimiento para el uso del condón. Entendido como el conjunto de información correcta que posee la persona respecto al uso del condón, la cual pudo ser adquirida a través de la experiencia o la educación formal. Mayor conocimiento correcto del uso del condón se relaciona con mayor uso del condón (Kayiki & Forste, 2011). Para que una persona participe en una conducta, además de fuerte intención, debe tener conocimiento para poder realizarla (Montaño & Kasprzyk, 2015). Foster et al. (2012) encontró bajo conocimiento de uso del condón en adultos de mediana y tercera edad.

Relevancia del uso del condón.

La relevancia de la conducta se transformó en el concepto relevancia del uso del condón. Definido como la percepción del individuo sobre si es importante o no usar condón en la relación sexual. Es más probable que la persona realice una conducta que

considera importante realizar (Montaño & Kasprzyk, 2015). Factores como la monogamia, confianza en la pareja y las relaciones a largo plazo, hacen que el uso del condón tenga poca o nula relevancia para los adultos de mediana y tercera edad (Jones et al., 2013).

Barreras para el uso del condón.

Las limitaciones ambientales se incorporaron mediante el concepto barreras para el uso del condón. Descrito como, las barreras de acceso para obtener o conseguir un condón, entre ellas, falta de transporte o de recurso económico para obtenerlos. El costo del condón y las prohibiciones religiosas han afectado negativamente el uso del condón en algunas poblaciones (Sarkar, 2008).

Experiencia previa del uso del condón.

Hábito se convirtió en el concepto experiencia previa del uso del condón. Que se refiere al uso del condón alguna vez en la vida. La experiencia en la realización de la conducta puede hacerla habitual, y es más probable que una persona lleve a cabo una conducta que ya ha realizado previamente (Montaño & Kasprzyk, 2015). El uso previo del condón se ha identificado como un proxy válido del uso del condón a lo largo del tiempo y en relaciones sexuales futuras (Nasrullah, Oraka, Chavez, Johnson, DiNenno, 2017; Younge et al., 2008).

Intención de practicar sexo seguro.

La intención de desarrollar la conducta se mostró a través del concepto intención de practicar sexo seguro. La intención de practicar sexo seguro es entendida como, la idea que tiene la persona de usar condón y otras medidas de prevención de ITS, en sus próximas relaciones sexuales. La intención de uso del condón se asocia positivamente con el uso del condón en las relaciones sexuales (Malcolm et al., 2013).

Conducta sexual más segura.

La conducta se incluyó mediante el concepto conducta sexual más segura. La conducta sexual más segura es definida como las precauciones que toman los adultos de

mediana y tercera edad para prevenir adquirir o transmitir ITS, entre ellas, el uso del condón en las relaciones sexuales vaginales, anales u orales, y otras prácticas de sexo seguro que incluyen evitar el intercambio de fluidos como semen, sangre y secreciones vaginales, así como evitar el uso del alcohol u otras drogas previo a las relaciones sexuales (Dilorio et al., 1992).

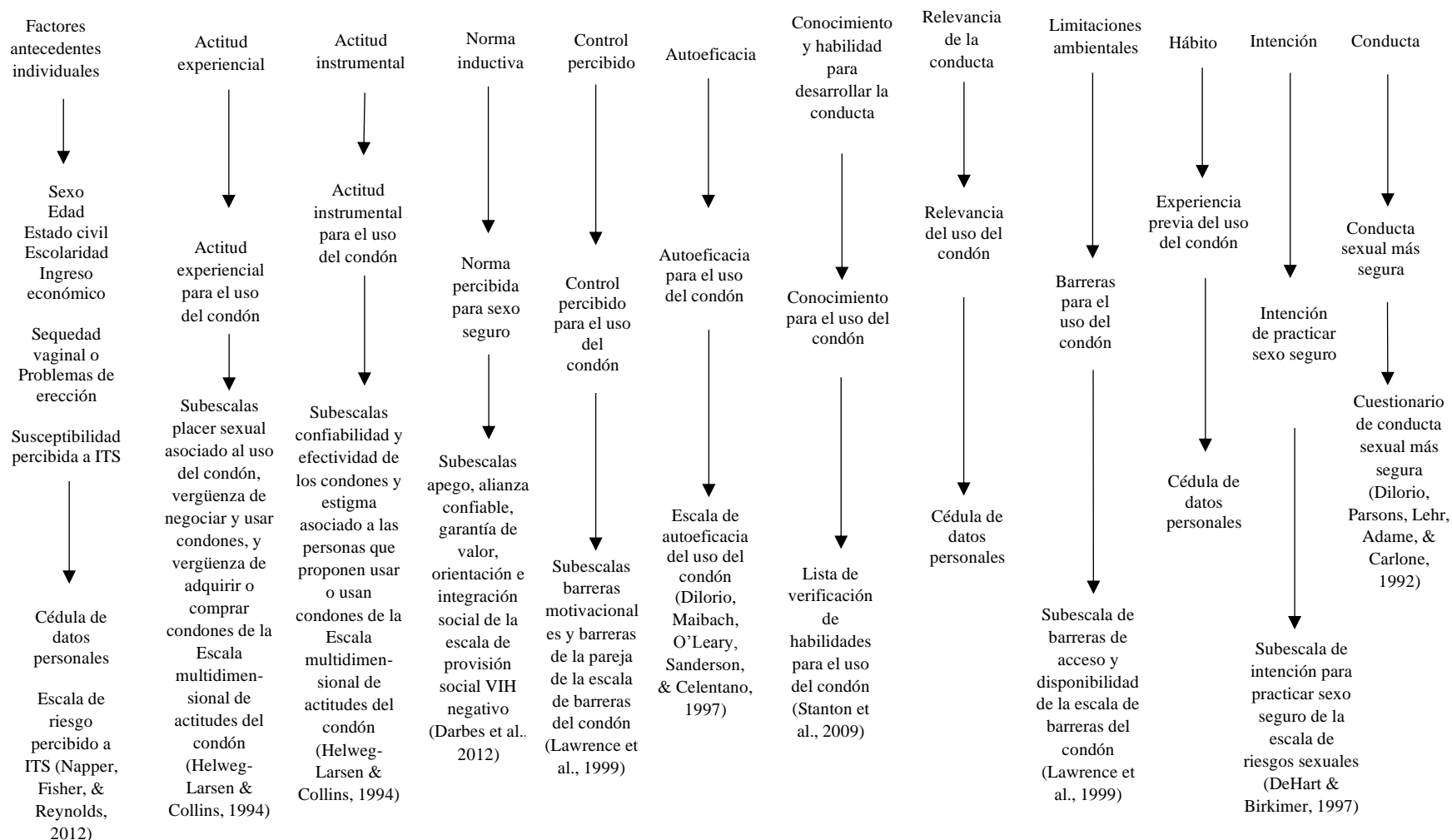


Figura 2. Modelo de sub-estructuración: Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad

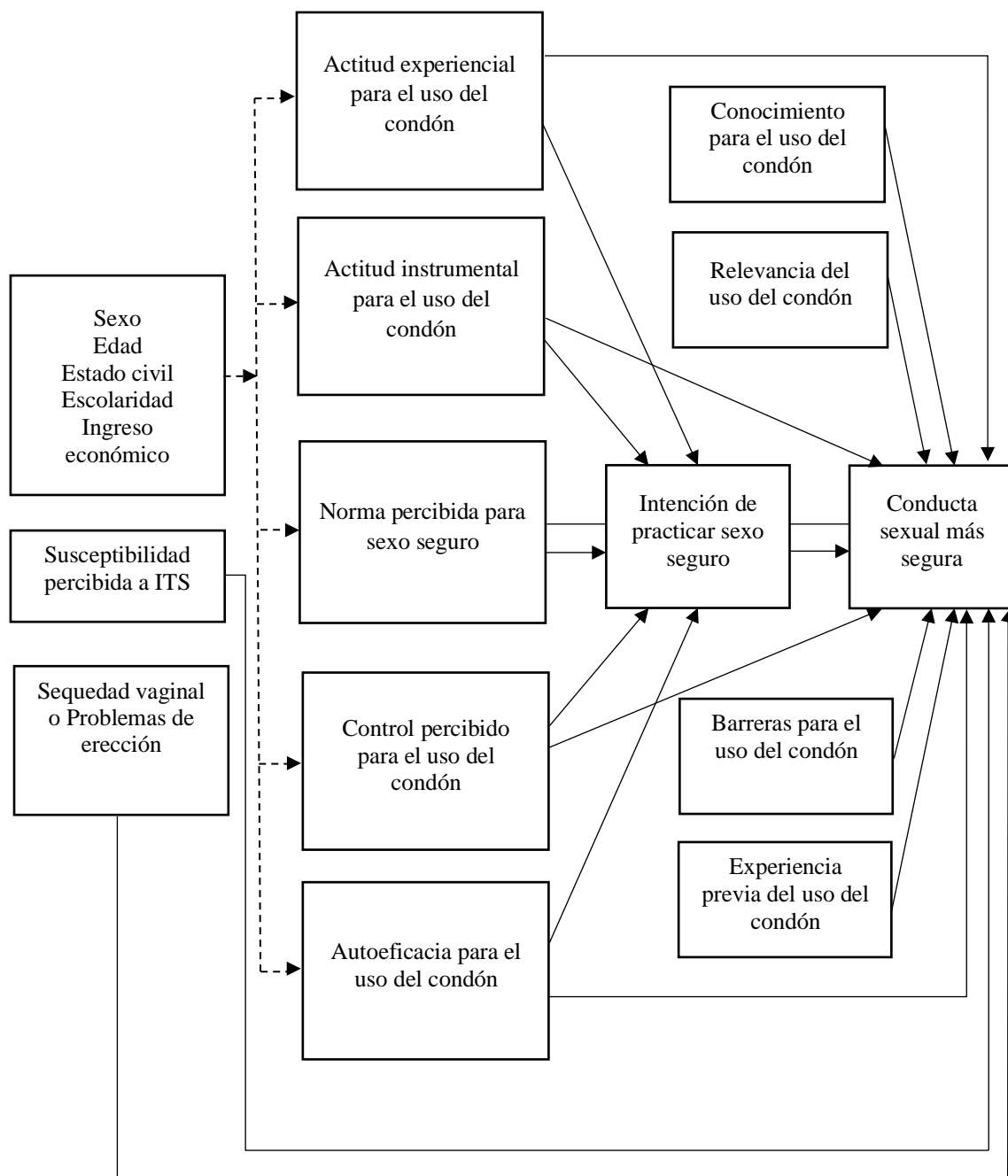


Figura 3. Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios de investigación de las variables relacionadas con el fenómeno de interés. Se agruparon de acuerdo a las variables que representan los conceptos del modelo propuesto como sustento.

Sexo.

Amin (2014) en un análisis secundario de los datos de la Encuesta Social General (ESG) 2012, examinó la asociación entre el capital social, variables demográficas y socioeconómicas con conductas sexuales de riesgo en personas de 55 años y más. La ESG tiene una muestra probabilística nacional basada en hogares de adultos estadounidenses no institucionalizados de 18 años y más, que recopila información de una variedad de temas de importancia social. De los 57,061 encuestados, se seleccionaron 548 que eran los que cumplían con el criterio de edad y datos completos reportados.

El 46.4% de los participantes eran hombres. La edad promedio fue de 66 años ($DE = 8.75$, $Rango = 55-89$). Casi la mitad de los participantes estaban casados ($n = 48.6$). El 86.7% reportaron no usar condón en su último encuentro sexual y 13.2% haber tenido múltiples parejas sexuales en los pasados cinco años. Ser hombre se asoció con sexo desprotegido ($p < .05$). Ser hombre fue significativa en el análisis de regresión binaria ($OR = 0.30$, $p < .05$). Comparados con las mujeres, los hombres tuvieron 70% menos probabilidad de no usar condón.

Foster et al. (2012) realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de identificar los factores asociados con conductas sexuales de riesgo en las personas de 50 a 74 años. Utilizó como marco teórico el Modelo de Información, Motivación y Habilidades del Comportamiento (Fisher et al., 2002) y la Teoría de Autoeficacia de Bandura (1986). La muestra no aleatoria fue de 106 participantes, ambos sexos, pertenecientes a dos ciudades de Georgia, Estados Unidos, reclutados de centros para personas mayores y de la comunidad. La edad media de los participantes

fue de 58 ($DE = 6.15$). El 52.8% ($n = 56$) eran hombres, y más de la mitad ($n = 57$, 53.7%) reportaron estar separados o divorciados. En cuanto al uso del condón, el 32.1% ($n = 34$) manifestaron usarlo siempre. Ser mujer se asoció con menos conductas sexuales de riesgo ($\beta = -0.41$, $p < .001$).

Campbell et al. (2016) realizaron un análisis secundario de datos extraídos de dos ensayos de efectividad de intervención en la reducción del riesgo del VIH, con el propósito de explorar la efectividad de dos intervenciones en la reducción de barreras negativas hacia el uso del condón, e identificar la asociación entre la reducción de barreras negativas hacia el uso del condón y la conducta sexual de riesgo a lo largo del tiempo (seis meses), en 729 participantes en riesgo de adquirir el VIH (tratamiento ambulatorio por dependencia de sustancias). El 50.8% de las participantes y el 55.3% de los participantes tenían 40 años o más. Los resultados mostraron que los hombres tenían más barreras negativas hacia el uso del condón en comparación con las mujeres y que las reducciones en las barreras negativas para el uso del condón en las mujeres, se asociaron con menos ocasiones sexuales sin protección.

Rich et al. (2014) llevaron a cabo un estudio descriptivo comparativo con el objetivo de indagar sobre, como la predicción de las cogniciones, intenciones y conductas relacionadas con el uso del condón de 306 adolescentes puede diferir según el género y la experiencia sexual. Los adolescentes pertenecían a cuatro escuelas del estado de Westminster, Londres. Dicho estudio se realizó dentro del marco de la TCP. La edad media de los participantes fue de 16.84 años. Se identificó que las mujeres tuvieron más actitudes positivas hacia el uso del condón que su contraparte masculina ($\bar{\chi} = 4.46$, $DE = 0.65$, $\bar{\chi} = 4.07$, $DE = 0.92$, $p < .001$).

Edad.

Jacobs y Thomlison (2009) en un estudio descriptivo correlacional, exploraron la influencia del auto silenciamiento, autoestima, búsqueda de sensaciones, asertividad sexual, estigma hacia el VIH y algunas variables demográficas en la conducta sexual

más segura. Entregaron un total de 992 cuestionarios a mujeres de 50 años en adelante del sur de Florida, seleccionadas por conveniencia de clubes de mujeres, salones de belleza y clínicas de salud. 572 fueron los cuestionarios regresados debidamente respondidos. La media de edad de las participantes fue de 63.6 años, el 59% ($n = 337$) eran blancas no hispanas y el 22% ($n = 126$) eran hispanas. Casi dos quintas partes de las participantes reportaron estar casadas (37.8%, $n = 216$) y otras dos quintas partes (43.6%, $n = 249$) ser solteras, divorciadas o viudas. La mayoría de las mujeres (88.6%, $n = 507$) creían que ellas no estaban en riesgo de adquirir el VIH. Y se encontró una correlación positiva entre edad y conducta sexual más segura ($r = .154, p < .001$). Por lo tanto, se incluyó en el análisis de regresión múltiple, resultando un predictor significativo de conducta sexual más segura ($\beta = .173, t = 3.61, p < .001$). Cuanto más jóvenes eran las mujeres (50 a 60 años), menos probabilidad tenían de participar en prácticas sexuales más seguras, en comparación con las mujeres de 60 años y más.

Amin (2014) en un análisis secundario de los datos de la Encuesta Social General (ESG) 2012, examinó la asociación entre el capital social, variables demográficas y socioeconómicas con conductas sexuales de riesgo en personas de 55 años y más. La ESG tiene una muestra probabilística nacional basada en hogares de adultos estadounidenses no institucionalizados de 18 años y más, que recopila información de una variedad de temas de importancia social. De los 57,061 encuestados, se seleccionaron 548 que eran los que cumplían con el criterio de edad y datos completos reportados. El 46.4% de los participantes eran hombres. La edad promedio fue de 66 años ($DE = 8.75, Rango = 55-89$). Casi la mitad de los participantes estaban casados ($n = 48.6$). El 86.7% reportaron no usar condón en su último encuentro sexual y 13.2% haber tenido múltiples parejas sexuales en los pasados cinco años. Edad se asoció positivamente con sexo desprotegido ($r = .18, p < .01$). Y se mantuvo significativa en el análisis de regresión binaria ($OR = 1.14, p < .01$). Por cada año adicional de edad las personas tuvieron 14% más de probabilidad de no usar condón.

Schick et al. (2010) realizaron un análisis secundario de datos con el objetivo de evaluar en una submuestra representativa nacional, las conductas sexuales como uso del condón, placer sexual y experiencia sexual en adultos de 50 años o más de Estados Unidos. Se analizaron datos de 972 hombres y 1002 mujeres. El promedio de edad fue de 60 años. Los resultados mostraron que, las tasas de uso del condón entre las personas solteras y sexualmente activas que tuvieron más de una pareja sexual en el último año, fueron bajas en todos los grupos de edad: 24.3% de las personas de 50 a 59 años y 17.1% de las personas de 60 a 69 años informaron haber usado un condón en el último evento sexual, proporciones más bajas fueron reportadas en mayores de 70 años.

Estado civil.

Amin (2014) en un análisis secundario de los datos de la Encuesta Social General (ESG) 2012, examinó la asociación entre el capital social, variables demográficas y socioeconómicas con conductas sexuales de riesgo en personas de 55 años y más. La ESG tiene una muestra probabilística nacional basada en hogares de adultos estadounidenses no institucionalizados de 18 años y más, que recopila información de una variedad de temas de importancia social. De los 57,061 encuestados, se seleccionaron 548 que eran los que cumplían con el criterio de edad y datos completos reportados.

El 46.4% de los participantes eran hombres. La edad promedio fue de 66 años ($DE = 8.75$, $Rango = 55-89$). Casi la mitad de los participantes estaban casados ($n = 48.6$). El 86.7% reportaron no usar condón en su último encuentro sexual y 13.2% haber tenido múltiples parejas sexuales en los pasados cinco años. Estar casado se asoció con sexo desprotegido ($p < .01$). Estar casado fue significativo en el análisis de regresión binaria ($OR = 7.04$, $p < .001$). Por lo tanto, el estado civil fue un fuerte predictor de uso del condón, los adultos mayores casados tenían siete veces más de probabilidad de no usar condón.

Escolaridad.

Sormanti y Shibusawa (2007) analizaron los predictores del uso del condón y de la prueba del VIH en 1280 mujeres de mediana edad y mayores, en un estudio descriptivo correlacional. Las mujeres fueron reclutadas de centros de atención médica ambulatoria que brindan atención primaria y de las salas de espera de un servicio de urgencias en Nueva York. Los resultados mostraron que las participantes tenían edades entre 50 y 64 años, con una media de 56 años ($DE = 4.34$).

Más de la mitad se identificaron como hispanas/latinas ($n = 673$, 52.6%), el 55% ($n = 704$) habían completado al menos la secundaria, sin embargo, 9% ($n = 115$) tenía menos de una educación de sexto grado. 365 participantes (81.1%) reportaron nunca usar condón. Mas años de escolaridad se asoció con uso del condón ($OR = 1.24$, $IC\ 95\% = 1.05 - 1.47$, $p < .05$). Los hallazgos reflejan la escolaridad como predictor de uso del condón.

Odimegwu y Mutanda (2017) realizaron un análisis secundario de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) que se realizaron en 10 países de África Subsahariana. La selección de estos países se basó en la disponibilidad de datos sobre hombres de 50 años o más, de cada encuesta, porque no todas las EDS incluían hombres de 50 años o más. Las EDS son encuestas con representatividad nacional. Los datos de las 10 EDS se agruparon, dando una muestra de 5,394 hombres de 50 años o más. Dicho análisis secundario tuvo el objetivo de explorar las covariables de conducta sexual de alto riesgo en hombres de 50 años o más. La media de edad de los participantes fue de 54 años.

Los hallazgos muestran que gran proporción de los participantes fueron sexualmente activos ($n = 3949$, 74.2%) y una proporción sustancial se involucraron en conductas sexuales de riesgo como, no usar condón en su último encuentro sexual ($n = 5076$, 93.5%) y relaciones extramatrimoniales ($n = 492$, 9.3%). Casi la mitad de los participantes ($n = 2448$, 45.4%) habían recibido educación primaria y 1680 (31.1%) no

habían recibido ningún tipo de educación.

El nivel de escolaridad se asoció con el uso del condón en el análisis bivariado de regresión logística, encontrándose mayor probabilidad de uso del condón en los hombres con educación primaria y secundaria, en comparación con los que no habían recibido ningún tipo de educación ($OR = 3.98$, $IC\ 95\% = 2.67 - 5.92$, $p < .05$) y ($OR = 6.54$, $IC\ 95\% = 4.35 - 9.83$, $p < .05$) respectivamente. Nivel de escolaridad (primaria y secundaria) se mantuvo significativo en el análisis de regresión logística multivariado ($OR = 4.48$, $IC\ 95\% = 2.28 - 8.81$, $p < .001$) y ($OR = 5.95$, $IC\ 95\% = 2.94 - 12.05$, $p < .001$) respectivamente.

Amin (2014) en un análisis secundario de los datos de la Encuesta Social General (ESG) 2012, examinó la asociación entre el capital social, variables demográficas y socioeconómicas con conductas sexuales de riesgo en personas de 55 años y más. La ESG tiene una muestra probabilística nacional basada en hogares de adultos estadounidenses no institucionalizados de 18 años y más, que recopila información de una variedad de temas de importancia social. De los 57,061 encuestados, se seleccionaron 548 que eran los que cumplían con el criterio de edad y datos completos reportados. El 46.4% de los participantes eran hombres.

La edad promedio fue de 66 años ($DE = 8.75$, $Rango = 55-89$). Casi la mitad de los participantes estaban casados ($n = 48.6$). El 86.7% reportaron no usar condón en su último encuentro sexual y 13.2% haber tenido múltiples parejas sexuales en los pasados cinco años. La educación fue significativa en el análisis de regresión binaria ($OR = 0.77$, $p < .01$). De modo que, por cada año adicional de escolaridad, las probabilidades de no usar condón disminuían 23%.

Ingreso económico.

Altschuler y Rhee (2015) elaboraron un estudio piloto con el objetivo de identificar la edad, ingreso económico, escolaridad, autoestima, poder general en la relación, poder de decisión sexual y conocimiento de la prevención del VIH, como

predictores de uso del condón en 110 mujeres de mediana edad y mayores, reclutadas de siete organizaciones que prestan servicios a adultos de mediana y tercera edad en el área metropolitana de los Ángeles (dos clubes sociales, un sitio de comida, tres de recreación y uno de servicios sociales y de salud). Se identificó en el análisis de regresión logística, ingreso económico como predictor significativo de uso del condón. Los participantes que tenían mayores ingresos económicos, tuvieron menos probabilidad de usar condón comparados con los que reportaron menores ingresos económicos ($Exp(\beta) = 0.184, p < .05$).

Odimegwu y Mutanda (2017) realizaron un análisis secundario de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) que se realizaron en 10 países de África Subsahariana. La selección de estos países se basó en la disponibilidad de datos sobre hombres de 50 años o más, de cada encuesta, porque no todas las EDS incluían hombres de 50 años o más. Las EDS son encuestas con representatividad nacional. Los datos de las 10 EDS se agruparon, dando una muestra de 5,394 hombres de 50 años o más. Dicho análisis secundario, tuvo el objetivo de explorar las covariables de conducta sexual de alto riesgo en hombres de 50 años o más. La media de edad de los participantes fue de 54 años.

Los hallazgos muestran que gran proporción de los participantes fueron sexualmente activos ($n = 3949, 74.2\%$) y una proporción sustancial se involucraron en conductas sexuales de riesgo como, no usar condón en su último encuentro sexual ($n = 5076, 93.5\%$) y relaciones extramatrimoniales ($n = 492, 9.3\%$). El índice de riqueza se asoció con el uso del condón en el análisis bivariado de regresión logística, encontrándose mayor probabilidad de uso del condón en los hombres con medio y alto índice de riqueza, en comparación con los de bajo índice de riqueza ($OR = 1.81, IC\ 95\% = 1.27 - 2.59, p < .05$) y ($OR = 2.77, IC\ 95\% = 2.07 - 3.69, p < .05$) respectivamente.

Susceptibilidad percibida a ITS.

Fetner et al. (2020) en un análisis secundario de los datos de la encuesta Sexo en Canadá tuvieron como propósito examinar el efecto de la autoevaluación de salud, percepción del riesgo de adquirir una ITS y el uso de condones en las relaciones sexuales entre adultos. La muestra estuvo conformada por 1,026 participantes que cumplían con los criterios para incluir sus datos en el análisis. Los hallazgos mostraron que las personas que se sentían susceptibles a adquirir una ITS tuvieron más probabilidades de usar condón.

Sullivan et al. (2017) realizaron una revisión de literatura con el objetivo de sintetizar la literatura existente sobre autoeficacia del uso del condón y riesgo percibido del VIH entre los hombres hispanos, para dirigir futuras intervenciones de prevención del VIH en hombres chilenos. Utilizaron palabras clave como: VIH, sida, autoeficacia, riesgo percibido, hispano, latino y masculino, para realizar la búsqueda en Medline, Cinahl y PsychInfo entre el 16 de junio y el 23 de junio de 2016. Se encontraron 710 artículos, después de eliminar los artículos duplicados y realizar la primera revisión por título, se eligieron 124 artículos.

Finalmente 34 artículos cumplieron los criterios de inclusión. El 24 % de los estudios revisados discutió el riesgo percibido del VIH, en los cuales la mayoría de los participantes tenían bajo riesgo percibido del VIH. Los estudios incluidos proporcionaron evidencia para prevenir futuras infecciones del VIH, estableciendo una relación positiva entre el riesgo percibido del VIH y el uso del condón. El riesgo percibido del VIH es un aspecto integral que deben incluir futuras intervenciones de prevención.

Syme, Cohn y Barnack-Tavlaris (2016) realizaron un estudio transversal con el objetivo de examinar las conductas sexuales de riesgo, la percepción de riesgo, y la precisión y concordancia de este con el riesgo sexual real. La muestra estuvo conformada por 405 participantes de entre 50 a 92 años de Estados Unidos. En los

últimos 6 meses, el 58.9% de los participantes informaron relaciones sexuales, 45.2% sexo oral y 14.7% sexo anal. El 27.7% no reportó ninguna conducta sexual de riesgo. Los hombres informaron tasas más altas de conductas sexuales de riesgo, excepto en el sexo vaginal sin condón.

El 43.7% manifestaron haber tenido relaciones sexuales vaginales sin condón, 49.4% sexo oral sin condón y 11.1% sexo anal sin condón. El 65.5% percibieron que no eran susceptibles a contraer ITS, 29.1% se percibieron algo susceptibles y 5.4% muy susceptibles. Los hombres reportaron mayor susceptibilidad percibida que las mujeres. El riesgo real bajo fue de 36.7%, riesgo moderado 29.7% y riesgo alto 32.1%. Por lo tanto, se concluyó que 48.9% de los participantes subestimó su nivel de riesgo, 12.4% sobreestimó su nivel de riesgo y 39.5% tuvo percepciones de riesgo precisas.

Fong et al. (2015) desarrollaron una investigación cualitativa en adultos mayores en el área de salud del Policlínico Docente “Ramón López Peña” de la ciudad de Santiago de Cuba, de diciembre del 2012 a diciembre del 2013. A fin de identificar la percepción de riesgo sobre sida en este grupo poblacional que, fue seleccionado al azar y cuyos integrantes no debían presentar deterioro cognitivo ni portar la enfermedad en cuestión, se conformaron cuatro grupos y se realizaron tres encuentros con cada uno, donde se aplicaron diversas técnicas grupales y se recogieron todas las opiniones. Se pudo obtener información sobre el conocimiento, los sentimientos y las percepciones de los participantes. Los resultados mostraron que los adultos mayores poseían conocimientos sobre la enfermedad; sin embargo, no se percibían en riesgo de adquirirla.

Gebreselassie et al. (2013) en una investigación transversal tuvieron como objetivo evaluar la intención de usar condón en 460 estudiantes de la escuela preparatoria Agena, zona Guraghe, Etiopia. Emplearon como soporte teórico el Modelo de Creencias en Salud. La edad promedio de la muestra estudiada fue de 17.93 años. Se pudo observar que, alta susceptibilidad percibida al VIH/sida predijo la intención de usar

condón en el análisis ajustado del modelo de regresión logística ($aOR = 1.94$, $IC\ 95\% = 1.16 - 3.2$, $p < .05$). Los participantes con alta susceptibilidad percibida al VIH/sida tuvieron mayor probabilidad de tener intención de usar condón en comparación con aquellos que tenían baja susceptibilidad percibida al VIH/sida.

Actitud experiencial para el uso del condón y Actitud instrumental para el uso del condón.

Jones et al. (2013) exploraron las actitudes sobre el uso del condón que pueden afectar el uso del condón en hombres heterosexuales de 50 años y más, sexualmente activos y que utilizan Viagra, Cialis o Levitra de forma prescrita para el tratamiento de la disfunción eréctil. La muestra estuvo conformada por 50 hombres. Respondieron la escala de actitudes del condón. Los factores con respuestas negativas o neutrales incluyeron las subescalas, efecto sobre la experiencia sexual, seguridad de las relaciones y promiscuidad. Los participantes tuvieron actitudes negativas respecto al efecto de los condones sobre la experiencia sexual.

La mayoría expresaron que no les gusta usar condón porque disminuyen la sensibilidad durante el coito. Mientras que, dos tercios de los participantes estuvieron de acuerdo en que, los condones reducen la espontaneidad del sexo. Y casi la mitad de los participantes manifestaron que podrían perder su erección al ponerse condón. Las pruebas t independientes no revelaron diferencias en la puntuación media en ninguna de las subescalas entre los hombres casados y no casados. Pero hubo diferencia en los resultados de la subescala de actitud global, los hombres más jóvenes tuvieron actitud global más positiva que los hombres mayores. Los hallazgos del estudio pueden usarse en el desarrollo de actividades educativas de promoción de la salud sobre el uso del condón como una práctica de sexo seguro.

Smith (2015) realizó un estudio cualitativo con diez mujeres afroamericanas urbanas de mediana edad, para comprender sus experiencias en las conductas sexuales de riesgo relacionadas con el VIH, e identificar las estrategias de protección sexual que

emplearon para reducir el riesgo de infección por VIH. Las mujeres tenían entre 45 y 56 años de edad, fueron reclutadas de barrios de bajos ingresos en la ciudad de Nueva York. Los datos se recopilaron mediante entrevistas a profundidad y se analizaron mediante análisis de contenido. La triangulación del investigador y la verificación de miembros se utilizaron para garantizar el rigor. Los hallazgos mostraron que, aproximadamente la mitad de los participantes tenían actitudes y creencias favorables sobre la protección sexual y/o el uso del condón, entre ellas: los condones brindan protección contra el VIH y las ITS, la infidelidad de la pareja, el riesgo de embarazo y el riesgo sexual percibido.

Davis et al. (2014) exploraron las percepciones de hombres heterosexuales sobre las ventajas y desventajas del uso del condón en sus relaciones sexuales casuales. Debido a que, los hombres que perciben mayores desventajas del uso del condón pueden ser más propensos a resistirse a usarlos. Realizaron grupos focales semiestructurados con hombres solteros ($n = 60$), de 21 a 35 años, que informaron uso inconsistente del condón. Las transcripciones se analizaron utilizando un enfoque de análisis marco. Los participantes informaron ventajas y desventajas del uso del condón que se referían a la probabilidad y la calidad del sexo, las sensaciones físicas durante las relaciones sexuales y el riesgo de ITS y embarazos no deseados.

Dentro de las ventajas mencionaron, es más probable que una mujer permita a un hombre eyacular sin retirar su pene si está usando condón, y la tranquilidad que acompaña al uso del condón puede fomentar una experiencia sexual mejorada y más inmersa. Las desventajas incluyeron, el uso del condón puede interferir con el estado de ánimo sexual y reducir la calidad de la interacción sexual. Otro tema importante discutido por los participantes se refería a los efectos físicos del uso del condón. El inconveniente más frecuente fue la disminución de la sensación fisiológica que, puede aumentar la probabilidad de problemas de erección.

Ellis, Rajagopal y Kiviniemi (2018) desarrollaron una investigación con el objetivo de examinar los efectos de las asociaciones afectivas y las creencias cognitivas de los condones sobre el uso de condones en 97 y 171 estudiantes de entre 18 a 28 años de edad. La edad promedio fue de 20 años. Encontraron que las asociaciones afectivas positivas sobre los condones se asociaron con mayor probabilidad de usarlos actualmente ($RR = 1.30, p < .001, IC\ 95\% = 1.16, 1.45$) y con mayor intención de usarlos en el futuro ($\beta = 0.33, p < .001, IC\ 95\% = 0.23, 0.42$). Las creencias cognitivas sobre los condones también se asociaron positivamente con la probabilidad de usarlos actualmente ($RR = 1.28, p = .022, IC\ 95\% = 1.04, 1.59$) y la intención de usarlos en el futuro ($\beta = 0.37, p < .001, IC\ 95\% = 0.16, 0.57$). Concluyeron que las asociaciones afectivas y las creencias cognitivas sobre los condones son predictores del uso del condón que pueden ser objetivo de intervención viable.

Glasman y Albarracín (2003) desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar la importancia relativa de los factores motivacionales y de control en la predicción de uso del condón en una muestra de 101 participantes heterosexuales (hombre y mujeres) que acudieron a dos hospitales de dos ciudades de Argentina (Bahía Blanca y La Plata) a realizarse una prueba del VIH. La media de edad de los participantes fue de 25.95 años ($DE = 6.93$).

Se encontró que, la norma general se relaciona con las actitudes directas hacia el uso del condón ($r = .36, p < .001$) y con las actitudes indirectas hacia el uso del condón ($r = .48, p < .001$); norma de amigos y familia se relaciona con las actitudes directas hacia el uso del condón ($r = .48, p < .001$) y con las actitudes indirectas hacia el uso del condón ($r = .51, p < .001$); norma de pareja se relaciona con las actitudes directas hacia el uso del condón ($r = .37, p < .001$) y con las actitudes indirectas hacia el uso del condón ($r = .44, p < .001$).

Las percepciones de control se relacionan significativamente con las actitudes directas hacia el uso del condón ($r = .52, p < .001$), con las actitudes indirectas

($r = .48, p < .001$), con norma general ($r = .23, p < .05$), norma de amigos y familia ($r = .46, p < .001$) y norma de pareja ($r = .70, p < .001$). Las actitudes hacia el uso del condón fueron predictoras de la intención de uso del condón con la pareja ocasional ($\beta = .27, p < .01$) y con la pareja actual ($\beta = .34, p < .05$).

Asare (2015) en un estudio transversal utilizó la TCP para determinar en qué medida las construcciones de la teoría explican la conducta de uso del condón en estudiantes universitarios. Un total de 218 estudiantes con una edad promedio de 20.9 años, de una universidad del norte de Kentucky participaron en el estudio. Se identificó que las construcciones de la teoría predicen el 64% de la intención de uso del condón. La actitud hacia el uso del condón fue significativa en el modelo de regresión de la intención de uso del condón ($\beta = .14, p < .05$).

Montanaro y Bryan (2014) desarrolló una investigación con el objetivo de manipular experimentalmente los constructos del Modelo de Creencias en Salud y de la TCP, para comparar el éxito de las intervenciones en la conducta sexual de riesgo. La muestra estuvo conformada por 258 de 18 años en adelante, reclutados de un curso de inducción de psicología de una universidad. Los resultados mostraron que los constructos de la TCP, actitudes, normas, control conductual percibido e intención se asociaron con la conducta sexual de riesgo ($R^2 = 0.328, F(4, 212) = 25.86, p < .001$). Las actitudes hacia el uso del condón se asociaron negativamente con la conducta sexual de riesgo ($\beta = -.349, p < .001$).

Rich et al. (2014) llevaron a cabo un estudio descriptivo comparativo con el objetivo de indagar sobre, como la predicción de las cogniciones, intenciones y conductas relacionadas con el uso del condón de 306 adolescentes pueden diferir según el género y la experiencia sexual. Los adolescentes pertenecían a cuatro escuelas del estado de Westminster, Londres. Dicho estudio se realizó dentro del marco de la TCP. La edad media de los participantes fue de 16.84 años. Los resultados mostraron que las actitudes hacia el uso del condón fue el predictor más fuerte de la intención de uso del

condón en los participantes con experiencia sexual ($\beta = .46$, $\beta = .40$, $p < .01$).

Cheng y Huang (2017) examinaron las intenciones de uso del condón en relación con los constructos de la TCP: actitudes hacia la conducta (uso del condón), norma subjetiva y control conductual percibido, en 929 hombres adolescentes de una escuela en Taiwán. Las variables fueron medidas de dos formas, por un solo ítem y por múltiples ítems. Los análisis de regresión logística múltiple con las mediciones de las variables por un solo ítem y por múltiples ítems, mostraron que entre más actitudes positivas hacia la conducta tuvieron los individuos, mayor fue la intención usar condón ($aOR = 8.09$, $IC\ 95\% = 5.22 - 12.54$, $p < .001$) ($aOR = 3.93$, $IC\ 95\% = 2.58 - 5.98$, $p < .001$).

Villarruel, Jemmott, J., Jemmott, L. y Ronis (2004) realizaron un análisis secundario de los datos de preintervención de un ensayo clínico aleatorizado para reducir el riesgo de transmisión de VIH en 141 jóvenes latinos que hablaban español, reclutados de escuelas y organizaciones comunitarias del norte de Filadelfia. El objetivo era examinar los predictores teóricos, creencias de comportamiento, actitudes, creencias normativas, norma subjetiva, creencias de control, control conductual percibido, autoeficacia e intención, de las relaciones sexuales y del uso del condón. La media de edad de los participantes fue de 15 años.

Se encontró que las actitudes hacia el uso del condón se relacionaron positivamente con las intenciones de uso del condón ($r = .63$, $p < .001$). En relación a las creencias de comportamiento, creencia de prevención (creer que el condón previene ITS), creencia de reacción de la pareja (creer que la pareja tendrá una reacción favorable hacia el uso del condón) y creencia hedonista (creer que el condón no interfiere con el placer sexual) se relacionaron con la intención de uso del condón ($r = .43$, $p < .001$) ($r = .32$, $p < .001$) ($r = .25$, $p < .001$).

El modelo explico el 60% de la varianza de la intención de uso del condón ($F [3, 135] = 68.58$, $p < .001$). Las actitudes hacia el uso del condón fueron predictoras

de la intención de uso del condón ($\beta = .26, p < .01, t [135] = 3.44, p < .01$). En el análisis donde se usaron las creencias como predictores, únicamente la creencia de prevención se relacionó significativamente con la intención de uso del condón ($\beta = .13, p < .05, t [125] = 2.14, p < .05$).

Malcolm et al. (2013) llevaron a cabo un análisis secundario de datos con el objetivo de probar el efecto del funcionamiento familiar en la intención de uso del condón y uso del condón, a través de la comunicación sobre el sexo, actitudes de uso del condón, normas de los padres y creencias de control. Los datos de los 171 adolescentes de origen hispano (al menos uno de los padres nacido en un país de habla hispana) se tomaron de las evaluaciones de referencia de dos ensayos clínicos aleatorizados. La media de edad de los participantes del primer ensayo clínico aleatorizado fue de 14.04 años ($DE = 0.74$), y la del segundo 15.18 años ($DE = 1.20$). Los resultados mostraron que las actitudes del uso del condón se asociaron de manera positiva y directa con la intención de usar condón ($\beta = .37, p < .001$).

Norma percibida para sexo seguro.

Stepanian (2016) desarrolló una investigación correlacional prescriptiva para examinar si el conocimiento, las actitudes y creencias normativas sobre prácticas sexuales seguras predicen la intención de practicar sexo seguro en 115 mujeres solteras de 50 años y más que tienen una cita en línea. Consideró como soporte la TAR. Los análisis se realizaron con los datos de 54 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y que respondieron debidamente los instrumentos. La edad media de las participantes fue de 56.59 años ($DE = 5.95$).

Las actitudes hacia las prácticas sexuales seguras se relacionaron con las creencias normativas sobre prácticas sexuales seguras ($r = .51, p < .01$). Debido a que la única correlación significativa existente fue entre creencias normativas sobre prácticas sexuales seguras e intención de practicar sexo seguro ($r = .32, p < .05$), se llevó a cabo un análisis de regresión lineal simple, el cual

mostró que las creencias normativas sobre prácticas sexuales seguras predicen la intención de practicar sexo seguro ($R^2 = .10$, $aR^2 = .08$, $F(1,52) = 5.75$, $p < .05$) ($\beta = .23$, $SE = .10$, $\beta = .32$, $p < .05$). Por lo anterior, se consideró que el tamaño de la muestra proporcionó suficiente poder para ese análisis, al tratarse de solo un predictor.

Jacobs y Thomlison (2009) en un estudio descriptivo correlacional, exploraron la influencia del auto silenciamiento, autoestima, búsqueda de sensaciones, asertividad sexual, estigma hacia el VIH y algunas variables demográficas en la conducta sexual más segura. Entregaron un total de 992 cuestionarios a mujeres de 50 años en adelante del sur de Florida, seleccionadas por conveniencia de clubes de mujeres, salones de belleza y clínicas de salud. 572 fueron los cuestionarios regresados debidamente respondidos. La media de edad de las participantes fue de 63.6 años, el 59% ($n = 337$) eran blancas no hispanas y el 22% ($n = 126$) eran hispanas. Casi dos quintas partes de las participantes reportaron estar casadas (37.8%, $n = 216$) y otras dos quintas partes (43.6%, $n = 249$) ser solteras, divorciadas o viudas. La mayoría de las mujeres (88.6%, $n = 507$) creían que ellas no estaban en riesgo de adquirir el VIH. Creencias como, tener que actuar de cierta manera para complacer a la pareja y suprimir sus sentimientos, pensamientos o acciones para evitar entrar en conflicto con la pareja, se relacionaron negativamente con la conducta sexual más segura ($r = -.100$, $p < .05$) y fueron predictoras de las conductas sexuales de riesgo ($\beta = -.115$, $t = -2.43$, $p < .05$).

Altschuler y Rhee (2015) elaboraron un estudio piloto con el objetivo de identificar la edad, ingreso económico, escolaridad, autoestima, poder general en la relación, poder de decisión sexual y conocimiento de la prevención del VIH, como predictores de uso del condón en 110 mujeres de mediana edad y mayores, reclutadas de siete organizaciones que prestan servicios a adultos de mediana y tercera edad en el área metropolitana de los Ángeles (dos clubes sociales, un sitio de comida, tres de recreación y uno de servicios sociales y de salud). Las creencias sobre si la pareja tiene más poder de decisión a la hora de tener relaciones sexuales, como tener más voz acerca del uso del

condón, fueron significativas en la predicción de uso del condón ($Exp(\beta) = 0.448; p < .05$).

Asare (2015) en un estudio transversal utilizó la TCP para determinar en qué medida las construcciones de la teoría explican la conducta de uso del condón en estudiantes universitarios. Un total de 218 estudiantes con una edad promedio de 20.9 años de una universidad del norte de Kentucky participaron en el estudio. Se identificó que las construcciones de la teoría predicen el 64% de la intención de uso del condón. La norma subjetiva predijo la intención de uso del condón ($\beta = .55, p < .001$).

Rich et al. (2014) llevaron a cabo un estudio descriptivo comparativo con el objetivo de indagar sobre, como la predicción de las cogniciones, intenciones y conductas relacionadas con el uso del condón de 306 adolescentes puede diferir según el género y la experiencia sexual. Los adolescentes pertenecían a cuatro escuelas del estado de Westminster, Londres. Dicho estudio se realizó dentro del marco de la TCP. La edad media de los participantes fue de 16.84 años. La norma subjetiva predijo la intención de uso del condón en los participantes con experiencia sexual ($\beta = .37, \beta = .27, p < .01$).

Villarruel et al. (2004) realizaron un análisis secundario de los datos de preintervención de un ensayo clínico aleatorizado para reducir el riesgo de transmisión de VIH en 141 jóvenes latinos que hablaban español reclutados de escuelas y organizaciones comunitarias del norte de Filadelfia. El objetivo era examinar los predictores teóricos, creencias de comportamiento, actitudes, creencias normativas, norma subjetiva, creencias de control, control conductual percibido, autoeficacia e intención de las relaciones sexuales y del uso del condón.

La media de edad de los participantes fue de 15 años, se identificó que, la norma subjetiva se relacionó positivamente con las intenciones de uso del condón ($r = .67, p < .001$). Las creencias normativas sobre la aprobación de uso del condón de la pareja y de los amigos se relacionaron con la intención de uso del condón ($r = .57, p < .001$) ($r = .51, p < .001$). El modelo explico el 60% de la varianza de la

intención de uso del condón ($F [3, 135] = 68.58, p < .001$). La norma subjetiva predijo la intención de uso del condón ($\beta = .36, p < .001, t [138] = 4.75, p < .01$).

Cheng y Huang (2017) examinaron las intenciones de uso del condón en relación con los constructos de la TCP: actitudes hacia la conducta (uso del condón), norma subjetiva y control conductual percibido, en 929 hombres adolescentes de una escuela en Taiwán. Las variables fueron medidas de dos formas, por un solo ítem y por múltiples ítems. Los análisis de regresión logística múltiple con las mediciones de las variables por un solo ítem y por múltiples ítems, mostraron que los participantes que percibían apoyo de cierta persona importante para ellos, respecto al uso del condón (norma subjetiva), tenían mayor intención de uso del condón ($aOR = 2.73, IC\ 95\% = 1.81 - 4.13, p < .001$) ($aOR = 2.06, IC\ 95\% = 1.12 - 3.78, p < .05$).

Control percibido para el uso del condón.

Campbell et al. (2016) en un análisis secundario de datos, exploraron la efectividad de las intervenciones de prevención del VIH en 1) cuatro tipos de barreras para el uso del condón y 2) la asociación entre la reducción de las barreras para el uso del condón en el uso del condón y las conductas sexuales de riesgo a lo largo del tiempo. La muestra estuvo conformada por 729 participantes, aproximadamente la mitad de los participantes tenían 40 años de edad o más. Los resultados indicaron que, en las mujeres la reducción en las barreras de motivación para el uso del condón se asoció con menos ocasiones sexuales sin condón con la pareja principal. La reducción en las barreras con la pareja para el uso del condón se asoció con menos ocasiones sexuales sin condón tanto en hombres como en mujeres con la pareja principal. Por lo tanto, los autores concluyeron que disminuir las barreras para el uso del condón es importante para la prevención del VIH.

Malcolm et al. (2013) llevaron a cabo un análisis secundario de datos con el objetivo de probar el efecto del funcionamiento familiar en la intención de uso del

condón y uso del condón, a través de la comunicación sobre el sexo, actitudes de uso del condón, normas de los padres y creencias de control. Los datos de los 171 adolescentes de origen hispano (al menos uno de los padres nacido en un país de habla hispana) se tomaron de las evaluaciones de referencia de dos ensayos clínicos aleatorizados. La media de edad de los participantes del primer ensayo clínico aleatorizado fue de 14.04 años ($DE = 0.74$), y la del segundo 15.18 años ($DE = 1.20$). Los hallazgos permitieron identificar que las creencias de control se asociaron de manera positiva y directa con la intención de uso del condón ($\beta = .50, p < .001$).

Villarruel et al. (2004) realizaron un análisis secundario de los datos de preintervención de un ensayo clínico aleatorizado para reducir el riesgo de transmisión de VIH en 141 jóvenes latinos que hablaban español reclutados de escuelas y organizaciones comunitarias del norte de Filadelfia. El objetivo era examinar los predictores teóricos, creencias de comportamiento, actitudes, creencias normativas, norma subjetiva, creencias de control, control conductual percibido, autoeficacia e intención de las relaciones sexuales y del uso del condón. La media de edad de los participantes fue de 15 años.

Los hallazgos mostraron que las creencias de control de la negociación de uso del condón (creencia de que pueden hablar y convencer a su compañero sexual de usar condón) ($r = .51, p < .001$), habilidades técnicas de uso del condón (creencia de que pueden usar hábilmente el condón) ($r = .45, p < .001$), control de impulsos (creencia de que podrían controlarse lo suficiente para usar condón incluso cuando están excitados) ($r = .52, p < .001$) y disponibilidad de condones (creencia de que pueden tener acceso a los condones cuando los necesitan) ($r = .29, p < .001$) se relacionaron con la intención de uso del condón. El modelo explico el 60% de la varianza de la intención de uso del condón ($F [3, 135] = 68.58, p < .001$). En el análisis donde se usaron las creencias como predictores, únicamente la creencia de control de impulsos se relacionó significativamente con la intención de uso del condón

($\beta = .19, p < .01, t [125] = 2.74, p < .01$).

Glasman y Albarracín (2003) desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar la importancia relativa de los factores motivacionales y de control en la predicción de uso del condón en una muestra de 101 participantes heterosexuales (hombre y mujeres) que acudieron a dos hospitales de dos ciudades de Argentina (Bahía Blanca y La Plata) a realizarse una prueba del VIH. La media de edad de los participantes fue de 25.95 años ($DE = 6.93$). Se observó que las percepciones de control predicen la intención de uso del condón con la pareja ocasional ($\beta = .50, p < .001$) y con la pareja actual ($\beta = .30, p < .05$).

Asare (2015) en un estudio transversal utilizó la TCP para determinar en qué medida las construcciones de la teoría explican la conducta de uso del condón en estudiantes universitarios. Un total de 218 estudiantes con una edad promedio de 20.9 años de una universidad del norte de Kentucky participaron en el estudio. Se identificó que las construcciones de la teoría predicen el 64% de la intención de uso del condón. El control conductual percibido fue significativo en la predicción de la intención de uso del condón ($\beta = .24, p < .01$).

Cheng y Huang (2017) examinaron las intenciones de uso del condón en relación con los constructos de la TCP: actitudes hacia la conducta (uso del condón), norma subjetiva y control conductual percibido, en 929 hombres adolescentes de una escuela en Taiwán. Las variables fueron medidas de dos formas, por un solo ítem y por múltiples ítems. El análisis de regresión logística múltiple con las mediciones de las variables por múltiples ítems mostró que los participantes con alto control conductual percibido (bajo condiciones facilitadoras, pero no bajo condiciones de restricción) tuvieron mayor intención de uso del condón ($aOR = 2.04, IC\ 95\% = 1.31 - 3.17, p < .01$). Sin embargo, en el análisis de regresión logística múltiple con las mediciones de las variables por un solo ítem, el control conductual percibido no fue significativo.

Autoeficacia para el uso del condón.

Foster et al. (2012) realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de identificar los factores asociados con conductas sexuales de riesgo en las personas mayores. Utilizó como marco teórico el Modelo de Información, Motivación y Habilidades del Comportamiento (Fisher, Fisher, Bryan, & Misovich, 2002) y la Teoría de Autoeficacia de Bandura (1986). La muestra no aleatoria fue de 106 participantes, ambos sexos de 50 a 74 años pertenecientes a dos ciudades de Georgia, Estados Unidos, reclutados de centros para personas mayores y de la comunidad.

La edad media de los participantes fue de 58 ($DE = 6.15$). El 52.8% ($n = 56$) eran hombres, y más de la mitad ($n = 57$, 53.7%) reportaron estar separados o divorciados. En cuanto al uso del condón, el 32.1% ($n = 34$) manifestaron usarlo siempre. La eficacia percibida para practicar conductas sexuales más seguras fue predictor significativo de las conductas sexuales de riesgo en el análisis de regresión jerárquica ($\beta = -.44$, $p < .05$). Indicando que aquellos participantes con altos niveles de eficacia percibida tenían menos probabilidad de participar en conductas sexuales de riesgo.

Sullivan et al. (2017) realizaron una revisión de literatura con el objetivo de sintetizar la literatura existente sobre autoeficacia del uso del condón y riesgo percibido del VIH entre los hombres hispanos, para dirigir futuras intervenciones de prevención del VIH en hombres chilenos. Utilizaron palabras clave como: VIH, sida, autoeficacia, riesgo percibido, hispano, latino y masculino, para realizar la búsqueda en Medline, Cinahl y PsychInfo entre el 16 de junio y el 23 de junio de 2016. Se encontraron 710 artículos, después de eliminar los artículos duplicados y realizar la primera revisión por título, se eligieron 124 artículos.

Finalmente 34 artículos cumplieron los criterios de inclusión. El 35% de los estudios abordó la relación positiva entre la autoeficacia del uso del condón y el uso del condón, lo que indicó que aquellos participantes con alta autoeficacia del uso del condón eran más propensos a usar condones durante el coito oral, anal y vaginal. Los estudios

incluidos proporcionaron evidencia para prevenir futuras infecciones del VIH, estableciendo una relación positiva entre la autoeficacia y el uso del condón. La autoeficacia del uso del condón en un aspecto integral que deben incluir futuras intervenciones de prevención.

Gebreselassie et al. (2013) en una investigación transversal tuvieron como objetivo evaluar la intención de usar condón en 460 estudiantes de la escuela preparatoria Agena, zona Guraghe, Etiopia. Emplearon como soporte teórico el Modelo de Creencias en Salud. La edad promedio de la muestra estudiada fue de 17.93 años. En el análisis ajustado del modelo de regresión logística se mostró que la autoeficacia para el uso del condón predijo la intención de usar condón ($aOR = 27$, $IC\ 95\% = 14.4 - 54.2$, $p < .001$). Los individuos con alta autoeficacia para el uso del condón tuvieron mayor probabilidad de tener intención de usar condón que aquellos que tenían baja autoeficacia para el uso del condón.

Villarruel et al. (2004) realizaron un análisis secundario de los datos de preintervención de un ensayo clínico aleatorizado para reducir el riesgo de transmisión de VIH en 141 jóvenes latinos que hablaban español reclutados de escuelas y organizaciones comunitarias del norte de Filadelfia. El objetivo era examinar los predictores teóricos, creencias de comportamiento, actitudes, creencias normativas, norma subjetiva, creencias de control, control conductual percibido, autoeficacia e intención de las relaciones sexuales y del uso del condón. La media de edad de los participantes fue de 15 años.

Los hallazgos mostraron que las creencias de control de la negociación de uso del condón (creencia de que pueden hablar y convencer a su compañero sexual de usar condón) ($r = .51$, $p < .001$), habilidades técnicas de uso del condón (creencia de que pueden usar hábilmente el condón) ($r = .45$, $p < .001$), control de impulsos (creencia de que podrían controlarse lo suficiente para usar condón incluso cuando están excitados) ($r = .52$, $p < .001$) y disponibilidad de condones (creencia de que pueden tener acceso a

los condones cuando los necesitan) ($r = .29, p < .001$) se relacionaron con la intención de uso del condón.

El modelo explico el 60% de la varianza de la intención de uso del condón ($F [3, 135] = 68.58, p < .001$). En el análisis donde se usaron las creencias como predictores, únicamente la creencia de control de impulsos se relacionó significativamente con la intención de uso del condón ($\beta = .19, p < .01, t [125] = 2.74, p < .01$). La autoeficacia para el uso del condón se relacionó positivamente con las intenciones de uso del condón ($r = .59, p < .001$). La autoeficacia predijo la intención de uso del condón ($\beta = .34, p < .001, t [135] = 5.58, p < .01$).

Conocimiento para el uso del condón.

Odimegwu y Mutanda (2017) realizaron un análisis secundario de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) que se realizaron en 10 países de África Subsahariana. La selección de estos países se basó en la disponibilidad de datos sobre hombres de 50 años o más, de cada encuesta, porque no todas las EDS incluían hombres de 50 años o más. Las EDS son encuestas con representatividad nacional. Los datos de las 10 EDS se agruparon, dando una muestra de 5394 hombres de 50 años o más. Dicho análisis secundario, tuvo el objetivo de explorar las covariables de conducta sexual de alto riesgo en hombres de 50 años o más. La media de edad de los participantes fue de 54 años.

Los hallazgos muestran que gran proporción de los participantes fueron sexualmente activos ($n = 3949, 74.2\%$) y una proporción sustancial se involucraron en conductas sexuales de riesgo como, no usar condón en su último encuentro sexual ($n = 5076, 93.5\%$) y relaciones extramatrimoniales ($n = 492, 9.3\%$). El conocimiento de la transmisión y prevención del VIH se asoció con el uso del condón en el análisis bivariado de regresión logística, encontrándose mayor probabilidad de uso del condón en los hombres con nivel medio y alto de conocimiento, en comparación con los de bajo

nivel de conocimiento ($OR = 3.45$, $IC\ 95\% = 1.72 - 6.94$, $p < .05$) y ($OR = 4.33$, $IC\ 95\% = 2.17 - 8.65$, $p < .05$) respectivamente.

Foster et al. (2012) realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de identificar los factores asociados con conductas sexuales de riesgo en las personas de 50 a 74 años. Utilizó como marco teórico el Modelo de Información, Motivación y Habilidades del Comportamiento (Fisher et al., 2002) y la Teoría de Autoeficacia de Bandura (1986). La muestra no aleatoria fue de 106 participantes, ambos sexos pertenecientes a dos ciudades de Georgia, Estados Unidos, reclutados de centros para personas mayores y de la comunidad. La edad media de los participantes fue de 58 ($DE = 6.15$). El 52.8% ($n = 56$) eran hombres, y más de la mitad ($n = 57$, 53.7%) reportaron estar separados o divorciados. En cuanto al uso del condón, el 32.1% ($n = 34$) manifestaron usarlo siempre. Se encontró bajo conocimiento de uso del condón en adultos de mediana y tercera edad, pese a que ellos manifestaron sentirse seguros de poder usarlo correctamente.

Kayiki y Forste (2011) en un análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional de Adolescentes en Uganda del 2004, realizaron modelos de regresión logística para examinar las probabilidades de que el conocimiento acerca del VIH/sida y del uso del condón, el riesgo percibido de infección por VIH, conocer o no a una persona con VIH/sida y las actitudes hacia el uso del condón se asocian con el uso del condón en adolescentes. De los 7,106 hogares incluidos en la lista para la selección inicial, se obtuvieron 6,659 entrevistas de adolescentes, 913 informaron actividad sexual.

Los resultados del análisis de regresión bivariado indicaron que el conocimiento correcto del uso del condón se asocia con el uso del condón ($OR = 2.28$, $IC\ 95\% = 1.95 - 2.68$, $p < .05$), misma asociación se mantuvo significativa en el análisis de regresión múltiple ($OR = 2.20$, $IC\ 95\% = 1.71 - 2.40$, $p < .05$, $aOR = 1.97$, $IC\ 95\% = 1.63 - 2.37$, $p < .0$). Por cada respuesta correcta respecto al uso del condón los participantes tuvieron casi dos veces más probabilidades de haber usado

condones.

Relevancia del uso del condón.

Jones et al. (2013) exploraron las actitudes sobre el uso del condón que pueden afectar el uso del condón en hombres heterosexuales de 50 años y más, sexualmente activos y que utilizan Viagra, Cialis o Levitra de forma prescrita para el tratamiento de la disfunción eréctil. La muestra estuvo conformada por 50 hombres. Respondieron la escala de actitudes del condón. Los factores con respuestas negativas o neutrales incluyeron las subescalas, efecto sobre la experiencia sexual, seguridad de las relaciones y promiscuidad. Las pruebas t independientes no revelaron diferencias en la puntuación media en ninguna de las subescalas entre los hombres casados y no casados. Pero hubo diferencia en los resultados de la subescala de actitud global, los hombres más jóvenes tuvieron actitud global más positiva que los hombres mayores. Se encontró que, factores como la monogamia, confianza en la pareja y las relaciones a largo plazo, hicieron que no consideraran necesario o importante el uso del condón. Los hallazgos del estudio pueden usarse en el desarrollo de actividades educativas de promoción de la salud sobre el uso del condón como una práctica de sexo seguro.

Barreras para el uso del condón.

Campbell et al. (2016) realizaron un análisis secundario de datos extraídos de dos ensayos de efectividad de intervención en la reducción del riesgo del VIH, con el propósito de explorar la efectividad de dos intervenciones en la reducción de barreras de actitud hacia el uso del condón, e identificar la asociación entre la reducción de las barreras del uso del condón y el comportamiento sexual de riesgo a lo largo del tiempo (seis meses), en 729 participantes en riesgo de adquirir el VIH (tratamiento ambulatorio por dependencia de sustancias). Las barreras para el uso del condón se midieron a través de la Escala de Barreras del Condón (EBC) desarrollada por St. Lawrence et al. (1999) para mujeres principalmente de raza afroamericana. Posteriormente fue validada en hombres en su mayoría de raza blanca, por Doyle, Calsyn y Ball (2009). Los resultados

mostraron que los hombres tenían más barreras para el uso del condón en comparación con las mujeres y que las reducciones en las barreras para el uso del condón en las mujeres, se asociaron con menos ocasiones sexuales sin protección, principalmente con parejas primarias.

Kaneko (2007) evaluó la relación de barreras percibidas para el uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro con el uso del condón, en un estudio descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 456 mujeres de entre 15 y 19 años. En los resultados se observó que las principales barreras asociadas al uso del condón fueron los condones: reducen la sensación sexual ($OR = 0.34$, $IC\ 95\% = 0.21 - 0.54$), son una molestia ($OR = 0.31$, $IC\ 95\% = 0.19 - 0.53$) y son caros ($OR = 0.65$, $IC\ 95\% = 0.42 - 0.99$). Dichos hallazgos evidencian que la presencia de barreras para el uso del condón disminuye la probabilidad de usar condón.

Crosby, Charnigo y Shrier (2014) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de probar de forma prospectiva las asociaciones entre las barreras percibidas para el uso del condón y el uso perfecto del condón (usar el condón desde el inicio del coito sin que se presente ruptura o desplazamiento del mismo) en 8,829 sujetos en riesgo de adquirir ITS, reclutados por conveniencia en cinco clínicas en tres ciudades de los Estados Unidos. Para la medición de las barreras para el uso del condón, los investigadores desarrollaron una versión abreviada de la EBC, la cual contenía 13 ítems, dividida en tres subescalas (problemas de confianza en la relación, ajuste y sensación y disgusto o aversión al uso del condón). En los resultados se encontró una asociación significativa entre la aversión al uso del condón y el uso perfecto del condón ($OR = 0.93$, $IC\ 95\% = 0.88 - 0.97$, $p < .05$).

Experiencia previa del uso del condón.

Younge et al. (2008) en su investigación descriptiva correlacional, examinaron si un periodo de recuerdo de un solo evento (uso del condón la última vez que tuvo relaciones sexuales), fue consistente con periodos de recuerdo más largos (uso de

condón en las relaciones sexuales de 14 y 60 días atrás) en 566 adolescentes afroamericanas inscritas en un ensayo aleatorio de un programa de prevención del VIH. La edad promedio de las participantes fue de 17.9 años ($DE = 1.7$). El 57% ($n = 408$) informaron no haber usado condón en su última relación sexual. Las que informaron uso de condón en su última relación sexual tuvieron una media mayor del porcentaje de uso de condón en los últimos 14 días ($M = .87$, $DE = .25$) en comparación con aquellas que reportaron no usarlo ($M = .27$, $DE = .38$), la cual fue significativa ($t = 22.40$, $p < .001$). También reportaron una media mayor del porcentaje de uso de condón en los últimos 60 días ($M = .82$, $DE = .26$) comparadas con las que no usaron condón en su última relación sexual ($M = .29$, $DE = .35$) ($t = 20.83$, $p < .001$). En conclusión, las participantes que usaron condón en su última relación sexual, reportaron en el seguimiento mayor uso de condón en sus siguientes encuentros sexuales.

Intención de practicar sexo seguro.

Asare (2015) en un estudio transversal utilizó la TCP para determinar en qué medida las construcciones de la teoría explican la conducta de uso del condón en estudiantes universitarios. Un total de 218 estudiantes con una edad promedio de 20.9 años de una universidad del norte de Kentucky participaron en el estudio. Se identificó que las construcciones de la teoría predicen el 64% de la intención de uso del condón. La intención de usar condón representó el 15% de la varianza explicada respecto al uso del condón ($\beta = .39$, $p < .001$).

Montanaro y Bryan (2014) desarrollo una investigación con el objetivo de manipular experimentalmente los constructos del Modelo de Creencias en Salud y de la TCP, para comparar el éxito de las intervenciones en la conducta sexual de riesgo. La muestra estuvo conformada por 258 de 18 años en adelante, reclutados de un curso de inducción de psicología de una universidad. Los resultados mostraron que los constructos de la TCP, actitudes, normas, control conductual percibido e intención se asociaron con la conducta sexual de riesgo ($R^2 = 0.328$, $F(4, 212) = 25.86$, $p < .001$). La

intención de usar condones se asoció negativamente con la conducta sexual de riesgo ($\beta = -.281, p < .001$).

Malcolm et al. (2013) llevaron a cabo un análisis secundario de datos con el objetivo de probar el efecto del funcionamiento familiar en la intención de uso del condón y uso del condón, a través de la comunicación sobre el sexo, actitudes de uso del condón, normas de los padres y creencias de control. Los datos de los 171 adolescentes de origen hispano (al menos uno de los padres nacido en un país de habla hispana) se tomaron de las evaluaciones de referencia de dos ensayos clínicos aleatorizados.

La media de edad de los participantes del primer ensayo clínico aleatorizado fue de 14.04 años ($DE = 0.74$), y la del segundo 15.18 años ($DE = 1.20$). En los resultados se observó que la intención de usar condón se asoció de manera negativa y significativa con el uso del condón en el último encuentro sexual ($\beta = -.57, p < .001$). Por lo tanto, a medida que aumentó la intención de uso del condón, también lo hizo el uso del condón en la última relación sexual.

Morales et al. (2018) realizaron un estudio con los objetivos de 1) examinar la conducta sexual más segura y sus precursores utilizando la Teoría de la Conducta Planeada y 2) estudiar el efecto mediador de la intención entre los precursores de la conducta y el uso del condón a partir de la TCP en 1,100 adolescentes de Bogotá y Barranquilla. Los hallazgos indicaron que existe relación entre la actitud ($\beta = .13, p < .001, IC\ 95\% = 0.08, 0.17$), creencias normativas ($\beta = .13, p < .05, IC\ 95\% = 0.002, 0.25$) y percepción de control ($\beta = .09, p < .001, IC\ 95\% = 0.04, 0.14$) con la intención de usar condones. Además, las actitudes y creencias normativas favorables hacia el uso de condones y pensar que uno mismo es capaz de usarlos correctamente durante las relaciones sexuales (percepción de control) se asoció con un mayor uso, indirectamente, a través de la intención de usar condones. Por tanto, la intención de uso del condón resultó ser una variable mediadora entre los precursores estudiados y el uso del condón.

Choi et al. (2019) desarrollaron un estudio con el objetivo de probar la aplicabilidad del IBM. Examinaron la relación entre las actitudes, normas, autoeficacia, intención y limitaciones ambientales del uso del condón y el coito sin condón en 473 hombres jóvenes negros que tienen sexo con hombres. Realizaron un análisis de mediación para determinar si la intención del uso del condón mediaba la relación entre los constructos psicosociales (actitudes, normas, autoeficacia del uso del condón) y el coito sin condón. La edad media de los participantes fue 24 años. Los resultados indicaron que la relación entre actitudes hacia el uso del condón ($\beta = -.005$, $SE = 0.002$), normas del uso del condón ($\beta = -.002$, $SE = 0.001$) y autoeficacia para el uso del condón ($\beta = -.004$, $SE = 0.002$) fueron mediadas por la intención del uso del condón. Lo anterior, los llevo a concluir que las futuras intervenciones basadas en la teoría deben centrarse en aumentar las actitudes hacia el uso de condones, las normas de uso de condones, la autoeficacia para el uso de condones y la intención de uso de condones para reducir el coito sin condón.

Síntesis de Estudios Relacionados

De acuerdo a la literatura revisada, la evidencia empírica no es concluyente respecto a la asociación del sexo y la conducta sexual más segura. Amin (2014) encontró que, ser hombre se asociaba con mayor uso del condón, sin embargo, Foster et al. (2012) reportaron que, ser mujer se asoció con menos conductas sexuales de riesgo, observándose contradicción en dichos resultados. Mayor número de años de edad (Amin, 2014; Schick et al., 2010), estar casado (Amin, 2014), menor nivel de escolaridad (Amin, 2014; Odimegwu & Mutanda, 2017; Sormanti & Shibusawa 2007) y mayores ingresos económicos (Altschuler & Rhee, 2015) se asociaron con más conductas sexuales de riesgo.

En relación a la susceptibilidad percibida, se encontró que, los individuos con mayor susceptibilidad percibida, tienen mayor intención y uso del condón (Fetner et al., 2020; Gebreselassie et al., 2013; Sullivan et al., 2017). No obstante, los adultos de

mediana y tercera no se perciben susceptibles a adquirir alguna ITS, o tienen una baja susceptibilidad percibida, a pesar de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo (Fong et al., 2015; Syme et al., 2016). El conocimiento del uso del condón también se asoció con el uso del condón (Kayiki & Forste, 2011), por lo tanto, es probable que las personas con mayores niveles de conocimiento del uso del condón, presenten mayor probabilidad de usarlo. Sin embargo, se ha identificado que los adultos de mediana y tercera edad no poseen suficiente conocimiento sobre su uso, aunque aseguran que son capaces de usarlo correctamente (Foster et al., 2012).

Referente a las actitudes hacia el uso del condón, estas predicen la intención y el uso del condón. Es más probable que las personas tengan mayor intención y uso del condón, si tienen actitudes positivas hacia su uso, incluyendo dentro de estas los sentimientos o asociaciones afectivas positivas y las creencias cognitivas positivas (Asare, 2015; Cheng & Huang, 2017; Ellis et al., 2018; Glasman & Albarracín, 2003; Malcolm et al., 2013; Montanaro & Bryan, 2014; Rich et al., 2014). Las principales actitudes negativas hacia el uso del condón que se han identificado en los adultos de mediana y tercera edad, hacen referencia a la disminución del placer sexual y a la pérdida de la erección por el uso del condón (Davis et al., 2014; Jones et al., 2013).

De igual forma, se identificó que percibir apoyo de cierta persona importante respecto al uso del condón, está asociado con la intención y uso del condón; y que las creencias normativas para el uso del condón predicen la intención y su uso (Asare, 2015; Cheng & Huang, 2017; Rich et al., 2014; Stepanian, 2016). Con respecto al control conductual percibido, evidenció ser relevante en la predicción de conductas sexuales más seguras, ya que es más probable que las personas tengan intención de realizar y se involucren en actividades que consideran tienen menos barreras para realizarlas (Asare, 2015; Campbell et al., 2016; Cheng & Huang, 2017; Glasman & Albarracín, 2003; Malcolm et al., 2013).

En este mismo sentido, las creencias de eficacia (autoeficacia) mostraron ser predictoras de conductas sexuales más segura en los adultos de mediana y tercera edad, las personas con más creencias de eficacia positivas, tuvieron mayor intención y uso del condón. Ya que es más probable que las personas participen en conductas que consideran tienen la capacidad de realizar (Foster, 2012; Gebreselassie et al., 2013; Sullivan et al., 2017; Villarruel et al., 2004). La experiencia previa del uso del condón, se considera un indicador válido de desarrollar la conducta posteriormente. Younge et al. (2008) encontraron que los participantes que habían utilizado condón en su último encuentro sexual, reportaron en el seguimiento mayor uso de condón en sus siguientes encuentros sexuales.

Por último, la intención de uso del condón se considera el antecedente inmediato a la conducta, por lo tanto, a medida que aumenta la intención de uso del condón también lo hace el uso del condón (Asare, 2015; Malcolm et al., 2013; Montanaro & Bryan, 2014). Además, de mediar la relación entre las actitudes para el uso del condón, las creencias normativas para el uso del condón, el control percibido para el uso del condón y la autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual más segura (Choi et al., 2019; Morales et al., 2018).

Objetivo General

Analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, utilizando como sustento teórico el Modelo de Conducta Integrado.

Objetivos Específicos

1. Establecer si actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón influyen en la conducta sexual más segura.

2. Determinar si la intención de practicar sexo seguro media los efectos de actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual más segura.
3. Identificar si el conocimiento para el uso del condón, relevancia del uso del condón, barreras para el uso del condón, experiencia previa del uso del condón y susceptibilidad percibida a ITS influyen en la conducta sexual más segura.
4. Examinar si el sexo, edad, estado civil, escolaridad e ingreso económico moderan el efecto de actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la intención de practicar sexo seguro.
5. Establecer si actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón influyen en la conducta sexual más segura de las mujeres adultas de mediana y tercera edad.
6. Determinar si la intención de practicar sexo seguro media los efectos de actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual más segura en las mujeres adultas de mediana y tercera edad.
7. Identificar si el conocimiento para el uso del condón, relevancia del uso del condón, barreras para el uso del condón, experiencia previa del uso del condón y susceptibilidad percibida a ITS influyen en la conducta sexual más segura de las mujeres adultas de mediana y tercera edad.
8. Conocer si la sequedad vaginal influye en la conducta sexual más segura de las mujeres adultas de mediana y tercera edad.

9. Establecer si actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón influyen en la conducta sexual más segura de los hombres adultos de mediana y tercera edad.
10. Determinar si la intención de practicar sexo seguro media los efectos de actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual más segura en los hombres adultos de mediana y tercera edad.
11. Identificar si el conocimiento para el uso del condón, relevancia del uso del condón, barreras para el uso del condón, experiencia previa del uso del condón y susceptibilidad percibida a ITS influyen en la conducta sexual más segura de los hombres adultos de mediana y tercera edad.
12. Conocer si los problemas de erección influyen en la conducta sexual más segura de los hombres adultos de mediana y tercera edad.

Definición de Términos

Sexo: Es la condición en términos de femenino o masculino, determinada por un conjunto de características biológicas. Se registró en la cédula de datos personales.

Edad: Son los años de vida cumplidos al día de la recolección de datos. Se registró en la cédula de datos personales.

Estado civil: Condición legal en el orden social, soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre o separado. Se registró en la cédula de datos personales.

Escolaridad: Último nivel de educación formal cursado, en términos de primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, carrera técnica, licenciatura o ingeniería y posgrado. Se registró en la cédula de datos personales.

Ingreso económico: Cantidad de dinero mensual que percibe el participante. Registrado en rangos. Se registró en la cédula de datos personales.

Sequedad vaginal: Es la disminución en la producción de fluidos del aparato genital en la mujer. Se registró en la cédula de datos personales.

Problema de erección: Se produce cuando un hombre no puede lograr o mantener una erección del pene lo suficientemente firme para la relación sexual. Se registró en la cédula de datos personales.

Susceptibilidad percibida a ITS: Es la percepción subjetiva sobre el riesgo de contraer una ITS, determinada por evaluaciones cognitivas (estimaciones o juicios de probabilidad), evaluaciones intuitivas (sentirse vulnerable) y relevancia o importancia del riesgo. Esta variable fue medida con la escala de riesgo percibido a ITS (Napper, Fisher, & Reynolds, 2012).

Actitud experiencial para el uso del condón: Se define como la respuesta emocional de usar condón, determinada por los sentimientos o emociones que genera usar condón, como, placer y vergüenza. Esta variable fue medida con las subescalas de placer sexual asociado al uso del condón, vergüenza de negociar y usar condones, y vergüenza de adquirir o comprar condones de la escala multidimensional de actitudes del condón de Helweg-Larsen y Collins (1994).

Actitud instrumental para el uso del condón: Entendida como las creencias sobre los resultados positivos o negativos que trae consigo usar condón, como, la efectividad en la prevención de ITS y los estereotipos negativos hacia las personas que proponen usar o usan condón. Esta variable fue medida con las subescalas de confiabilidad y efectividad de los condones y estigma asociado a las personas que proponen usar o usan condones de la escala multidimensional de actitudes del condón de Helweg-Larsen y Collins (1994).

Norma percibida para sexo seguro: Definida como las creencias percibidas para practicar sexo seguro, respecto a presión social, apoyo emocional, provisión de ayuda, reconocimiento de competencia y habilidad, búsqueda de orientación con la pareja y creencias de que la pareja comparte interés por practicar sexo seguro. Esta variable fue

medida con las subescalas de apego, alianza confiable, garantía de valor, orientación e integración social de la escala de provisión social VIH negativo de Darbes, Chakravarty, Beougher, Neilands, & Hoff (2012).

Control percibido para el uso del condón: Se entiende como las creencias de los factores que hacen difícil el uso del condón, como barreras motivacionales y barreras de la pareja. Esta variable fue medida con las subescalas barreras motivacionales y barreras de la pareja de la escala de barreras del condón de Lawrence et al. (1999).

Autoeficacia para el uso del condón: Hace referencia a las creencias sobre la confianza en uno mismo para adquirir y mantener los condones disponibles, colocarse correctamente el condón, negociar el uso del condón, hacer que el uso del condón sea placentero y evitar situaciones que puedan conducir al sexo sin condón. Esta variable fue medida con la escala de autoeficacia del uso del condón de Dilorio, Maibach, O'Leary, Sanderson y Celentano (1997).

Conocimiento para el uso del condón: Entendido como el conjunto de información correcta respecto al uso del condón, la cual pudo ser adquirida a través de la experiencia o la educación formal. Esta variable fue medida con la lista de verificación de habilidades para el uso del condón de Stanton et al. (2009).

Relevancia del uso del condón: Definida como la percepción sobre si es importante o no usar condón en la relación sexual. Se registró en la cédula de datos personales.

Barreras para el uso del condón: Descritas como las barreras de acceso para obtener o conseguir un condón, entre ellas, falta de transporte o de recurso económico para obtenerlos. Esta variable fue medida con la subescala de barreras de acceso y disponibilidad, de la escala de barreras del condón de Lawrence et al. (1999).

Experiencia previa del uso del condón: Se refiere a si alguna vez en la vida ha usado condón. Se registró en la cédula de datos personales.

Intención de practicar sexo seguro: Entendida como la idea de usar condón y

otras medidas de prevención de ITS, en las próximas relaciones sexuales. Esta variable fue medida con la subescala de intención para practicar sexo seguro de la escala de riesgos sexuales de DeHart y Birkimer (1997).

Conducta sexual más segura: Definida como las precauciones que se toman para prevenir adquirir o transmitir ITS, como el uso del condón en las relaciones sexuales vaginales, anales u orales; evitar el intercambio de fluidos como semen, sangre y secreciones vaginales; y evitar el uso de alcohol u otras drogas previo a las relaciones sexuales. Esta variable fue medida con el cuestionario de conducta sexual más segura de Dilorio et al. (1992).

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe la metodología del estudio, que incluye el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, exclusión y eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y el plan de análisis estadístico.

Diseño del Estudio

Para el presente estudio se utilizó un diseño correlacional y de comprobación de modelo, debido a que el propósito del estudio fue analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, utilizando como sustento teórico el Modelo de Conducta Integrado. Asimismo, se propuso un diseño de tipo transversal, ya que la obtención de datos se realizó en un momento específico (Gray, Grove, & Sutherland, 2017).

Población, Muestra y Muestreo

La población estuvo conformada por adultos de mediana y tercera edad residentes de la república mexicana. El tamaño de la muestra fue de 726 adultos de mediana y tercera edad, el cual se determinó con el software estadístico nQuery Advisor®, con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación de $R^2 = .047$ y un poder de 90% para un modelo de regresión lineal múltiple con 30 variables independientes. Se empleó un muestreo virtual online utilizando la red social Facebook®, ideal para el reclutamiento de participantes y recolección de datos sobre temas sensibles como conductas sexuales (Baltar & Gorjup, 2012).

Criterios de Inclusión

Se incluyeron hombres y mujeres de 40 a 74 años de edad, heterosexuales, con actividad sexual vaginal, anal u oral en los últimos 12 meses con dos o más parejas sexuales. Esta información se obtuvo mediante preguntas filtro previas al llenado de los instrumentos de medición. Se consideró a partir de los 40 años de edad por ser el inicio

de la mediana edad, periodo de la vida donde se da la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva en las mujeres (menopausia) y de la andropausia en los hombres, aunque esta última, no impide que ellos procreen (Secretaría de Salud, 2002; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018). Y como límite de edad hasta los 74 años porque la evidencia indica que la actividad sexual declina considerablemente a partir de esta edad (Foster, 2010; Lindau et al, 2007). Tener dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses se consideró como criterio de inclusión debido a que ser monógamo influye para que no se practiquen otras conductas sexuales más seguras.

Criterios de Eliminación

Se eliminaron a los participantes que auto reportaron haber tenido alguna ITS, ya que su conducta sexual pudo ser diferente por influencia del diagnóstico de alguna ITS (Valdez, 2015; Zamberia, 2009), también por el contacto que pueden tener con los servicios de salud o el nivel de información sobre el tema de interés (Folch et al., 2014), considerando además que el estudio se centró en la propuesta de un modelo de prevención de ITS. De igual forma, se eliminaron los datos de los participantes que dejaron la encuesta inconclusa.

Instrumentos de Medición

A continuación, se presentan los instrumentos que se utilizaron para medir las variables del estudio. Los instrumentos encontrados en el idioma inglés se sometieron al método de back translation descrito por Gray et al. (2017). Dicho método consistió en traducir el instrumento del idioma original inglés, al idioma destino español por un profesional del área de la salud bilingüe, cuyo idioma nativo era el español. Posteriormente se retradiujo del idioma destino al idioma original, por otro profesional del área de la salud cuya lengua materna era el inglés. Ninguno de los traductores estuvo involucrado en ambas traducciones. Por último, el investigador principal realizó la revisión y comparación de las traducciones de ambas versiones para verificar que las preguntas conservaran el mismo sentido o significado. Si se identificaban reactivos que

al ser traducidos hubieran cambiado el sentido o significado se realizaba nuevamente el procedimiento hasta llegar a un consenso entre los traductores y el investigador.

Se realizaron análisis factoriales confirmatorios (AFC) para todos los instrumentos utilizados con los datos de la prueba piloto y con los datos de la recolección final. Los AFC con los datos de la prueba piloto tuvieron la finalidad de validar la estructura utilizada para medir las variables de estudio, y así poder descartar los ítems que no eran relevantes para la muestra de estudio, es decir, los ítems que presentaras las cargas factoriales más bajas. Cabe mencionar, que se tomó en cuenta el sustento teórico y no únicamente la parte estadística, a la hora de descartar los ítems. Para confirmar la validez de la estructura utilizada para medir las variables se realizaron AFC con los datos de la prueba final. En la descripción de cada uno de los instrumentos se proporcionan más detalles de los procesos mencionados.

Factores antecedentes.

Los factores antecedentes individuales como el sexo, edad, estado civil, escolaridad, ingreso económico, sequedad vaginal y problemas de erección, y las variables relevancia del uso del condón y experiencia previa del uso del condón, se obtuvieron a través de la cédula de datos personales (Apéndice B), se incluyeron preguntas filtro para asegurar que los participantes cumplieran con los criterios de inclusión.

Susceptibilidad percibida a ITS.

Para medir la susceptibilidad percibida a ITS el investigador adaptó la escala de riesgo percibido del VIH y se sometió al método de back translation, previa autorización de los autores (Napper et al., 2012) (Apéndice C). La adaptación la realizó el investigador principal y consistió en modificar los ítems de forma que, en lugar de capturar que tan susceptible se sentía la persona a adquirir VIH, permitieran identificar que tan susceptible se sentía la persona a adquirir alguna ITS. Al igual que la escala original, la escala adaptada consta de 8 ítems divididos en tres dimensiones. La

dimensión afectiva compuesta por los ítems 1, 2 y 5; la dimensión cognitiva que incluye los ítems 4, 6 y 7; y la dimensión de relevancia con los ítems 3 y 8. Las respuestas de los ítems se presentan en escala tipo Likert.

Un ejemplo de pregunta es: “Me preocupa contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales”, las opciones de respuesta van de 1= nunca a 6 = todo el tiempo. Otro ejemplo de pregunta es: “Considerando mis experiencias sexuales, imaginar que me contagio de alguna infección de transmisión sexual me parece algo”, las opciones de respuesta van de 1= muy fácil de hacer a 4 = muy difícil de hacer. Las puntuaciones totales de la escala oscilan entre 10 y 40 puntos, a mayor puntaje, mayor susceptibilidad percibida. Los ítems 1, 3, 5 y 6 deben invertirse antes de ser sumados. La consistencia interna fue de $\alpha = .88$ y tuvo validez convergente al ser comparada con un ítem que evalúa la percepción de riesgo ($r = .63, p < .001$). Posterior al AFC con los datos de la prueba piloto (Apéndice K) y a la revisión del sustento teórico, se consideró adecuado utilizar la estructura original de la escala para medir la variable susceptibilidad percibida a ITS en la recolección final. La confirmación de la validez de esta estructura con los datos de la prueba final puede observarse en las tablas 9 y 10 en el apartado de resultados.

Actitud experiencial para el uso del condón.

La actitud experiencial para el uso del condón se midió con las subescalas de placer sexual asociado al uso del condón, vergüenza de negociar y usar condones, y vergüenza de comprar condones, de la escala multidimensional de actitudes del condón de Helweg-Larsen y Collins (1994) (Apéndice D). La escala se sometió al método de back translation. La escala está integrada por 25 ítems, que tienen como propósito medir las actitudes del condón en cinco subescalas: confiabilidad y efectividad de los condones, placer sexual asociado al uso del condón, estigma asociado a las personas que proponen usar o usan condones, vergüenza de negociar y usar condones, y vergüenza de comprar condones. La subescala de placer sexual asociado al uso del condón está

conformada por los ítems 2, 8, 15, 19, 25; vergüenza de negociar y usar condones por los ítems 1, 7, 12, 16, 21; y vergüenza de comprar condones por los ítems 5, 10, 11, 17, 23.

Un ejemplo de reactivo es: “Creo que los condones arruinan el sexo”. Las opciones de respuesta son tipo Likert de cinco puntos que van desde muy en desacuerdo = 1, en desacuerdo = 2, ni en desacuerdo, ni de acuerdo (neutro) = 3, de acuerdo = 4, y muy de acuerdo = 5. A mayor puntaje, mayor actitud positiva del condón. Los ítems 1, 2, 5, 7, 8, 11, 17, 23 y 25 deben invertirse antes de ser sumados. El Alpha de Cronbach reportada de las subescalas fue: placer sexual asociado al uso del condón entre .74 y .80; vergüenza de negociar y usar condones entre .78 y .90; y vergüenza de comprar condones entre .86 y .94 (Helweg-Larsen, 2019). Después de realizar el AFC con los datos de la prueba piloto (Apéndice L) y a la revisión del sustento teórico, se eliminaron los ítems 1, 10, 15, 16, 19, 21, dichos ítems presentaban las cargas factoriales más bajas; y el 23 por ser repetitivo a otro ítem. Se añadió un ítem que incluía el comentario más frecuente respecto al placer sexual del uso del condón realizado por los participantes durante la prueba piloto (ítem 26), creer que el uso del condón disminuye la sensibilidad, es decir, hace que se sienta menos. La confirmación de la validez de esta estructura con los datos de la prueba final puede observarse en las tablas 11 y 12 en el apartado de resultados.

Actitud instrumental para el uso del condón.

La actitud instrumental para el uso del condón se midió con las subescalas de confiabilidad y efectividad de los condones y estigma asociado a las personas que proponen usar o usan condones, de la escala multidimensional de actitudes del condón de Helweg-Larsen y Collins (1994) (Apéndice D). La subescala de confiabilidad y efectividad de los condones está compuesta por los ítems 4, 6, 9, 14, 20 y la subescala de estigma asociado a las personas que proponen usar o usan condones por los ítems 3, 13, 18, 22, 24. Un ejemplo de reactivo es: “Creo que los condones son efectivos para

prevenir contagiarse del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual”.

Las opciones de respuesta son tipo Likert de cinco puntos que van desde muy en desacuerdo = 1, en desacuerdo = 2, ni en desacuerdo, ni de acuerdo (neutro) = 3, de acuerdo = 4, y muy de acuerdo = 5. A mayor puntaje, mayor actitud positiva del condón. Los ítems 3, 6, 13, 14, 18, 22 y 24 deben invertirse antes de ser sumados. El Alpha de Cronbach reportada por subescalas fue: confiabilidad y efectividad de los condones entre .75 y .86; y estigma asociado a las personas que proponen usar o usan condones entre .44 y .74 (Helweg-Larsen, 2019). Posterior al AFC con los datos de la prueba piloto (Apéndice M) y a la revisión del sustento teórico, se eliminaron los ítems 6 y 20 por ser repetitivos a otros ítems; 3 y 13 por ser considerados los menos relevantes para la muestra de estudio; y el 18 y 22 se adaptaron a la muestra de estudio (apéndice D el ítem 18 adaptado se muestra en el ítem 27, y el ítem 22 adaptado se muestra en el ítem 28).

Además, se añadieron cuatro ítems que incluían los comentarios más frecuentes respecto al uso del condón realizados por los participantes durante la prueba piloto (ítems 29 al 32), entre ellos, creer que el uso del condón no es para las personas de su edad, que no es necesario usar condón con su esposo o pareja estable y que no es necesario usar condón cuando se conoce muy bien a la pareja. La confirmación de la validez de esta estructura con los datos de la prueba final puede observarse en las tablas 13 y 14 en el apartado de resultados.

Norma percibida para sexo seguro.

La norma percibida para sexo seguro se midió a través de las subescalas de apego, alianza confiable, garantía de valor, orientación e integración social de la escala de provisión social VIH negativo de Darbes et al. (2012) (Apéndice E), la cual fue adaptada de la escala de provisión social de Cutrona y Russell (1987). La escala de provisión social VIH negativo se sometió al método de back translation. Dicha escala refleja el apoyo percibido de la pareja para la conducta preventiva del VIH. Está compuesta por 24 ítems divididos en seis subescalas: orientación, garantía de valor,

integración social, apego, cuidado y alianza confiable.

La subescala de apego está conformada por los ítems 2, 11, 17, 21; alianza confiable por los ítems 1, 10, 18, 23; garantía de valor por los ítems 6, 9, 13, 20; orientación por los ítems 3, 12, 16, 19; e integración social por los ítems 5, 8, 14, 22. Las respuestas están en escala tipo Likert con puntuaciones: 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni en desacuerdo, ni de acuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo. Un ejemplo de reactivo es: “¿Puedo contar con mi pareja para que me ayude a practicar sexo seguro si necesito ayuda?”. A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido para la práctica de sexo seguro. Los ítems 2, 3, 9, 10, 18 y 19 deben invertirse antes de ser sumados. Las Alfa de Cronbach de la escala oscilaron entre .88 y .90 (Darbes et al., 2012).

Después de realizar el AFC con los datos de la prueba piloto (Apéndice N) y a la revisión del sustento teórico, se eliminaron los ítems 3, 6, 9, 10, 16, 17, 18, 21 y 23, dichos ítems presentaron las cargas factoriales más bajas. La confirmación de la validez de esta estructura con los datos de la prueba final puede observarse en las tablas 15 y 16 en el apartado de resultados.

Control percibido para el uso del condón.

Para medir el control percibido para el uso del condón se utilizaron las subescalas barreras motivacionales y barreras de la pareja, de la escala de barreras del condón de Lawrence et al. (1999) (Apéndice F). La escala se sometió al método de back translation. Las opciones de respuesta de la escala se presentan es escala tipo Likert de 1 = totalmente de acuerdo a 5 = totalmente en desacuerdo. Con el fin de capturar la probabilidad que percibe la persona, de que se presente cada una de las barreras de la escala para el uso del condón, se modificaron las opciones de respuesta a: 1 = muy improbable, 2 = improbable, 3 = algo probable, 4 = probable y 5 = muy probable. La escala está compuesta por 29 ítems divididos en cuatro factores: barreras motivacionales, barreras de la pareja, efectos negativos sobre la experiencia sexual y

barreras de acceso y disponibilidad.

La subescala de barreras de la pareja está conformada por los ítems 3, 5, 6, 8, 10, 14, 18, 25; y barreras motivacionales por los ítems 1, 2, 7, 26, 27, 29. Un ejemplo de ítem es: “Si le pidiera a mi pareja que usemos condón, podría molestarse”. A mayor puntaje, mayor percepción de que las barreras para el uso del condón pueden presentarse. La escala presentó alta consistencia interna ($\alpha = .92$), el Alfa de Cronbach de cada uno de los factores osciló entre .70 y .86. El coeficiente de correlación obtenido del test-retest fue de .86 y el de cada uno de los factores osciló entre .70 y .86. Después de realizar el AFC con los datos de la prueba piloto (Apéndice O) y a la revisión del sustento teórico, se eliminaron los ítems 1, 3, 7, 8 y 25, cabe mencionar que fueron los ítems que presentaron las cargas factoriales más bajas. La confirmación de la validez de esta estructura con los datos de la prueba final puede observarse en las tablas 17 y 18 en el apartado de resultados.

Autoeficacia para el uso del condón.

Para medir la autoeficacia para el uso del condón se utilizó la escala de autoeficacia del uso del condón de Dilorio et al. (1997) (Apéndice G). La escala se sometió al método de back translation. La escala mide el grado de confianza de las personas sobre su capacidad en varios aspectos referentes al uso del condón. Está compuesta por 26 ítems divididos en cinco dominios: adquirir y mantener los condones disponibles (ítems 1 al 13), colocarse un condón correctamente (ítems 14 al 17), negociar el uso del condón con la pareja sexual (ítems 18 al 20), hacer que el uso del condón sea placentero (ítems 21 al 24), y evitar situaciones que puedan conducir al sexo sin condón (ítems 25 y 26).

Un ejemplo de ítem es: “Puedo hablar con mi pareja sobre el uso del condón incluso antes de excitarme demasiado”. Todos los elementos fueron redactados positivamente y calificados en una escala de cinco puntos de muy inseguro = 1, inseguro = 2, algo seguro = 3, seguro = 4, muy seguro = 5. A mayor puntaje, mayor autoeficacia

del uso del condón. La escala presentó alta consistencia interna ($\alpha = .91$), el Alfa de Cronbach de cada una de las dimensiones osciló entre .82 y .86. El coeficiente de correlación obtenido del test-retest fue de .59. Posterior al AFC con los datos de la prueba piloto (Apéndice P) y a la revisión del sustento teórico, se eliminaron los ítems 2, 7, 8, 9, 13, 18 y 22 que presentaron las cargas factoriales más bajas. La confirmación de la validez de esta estructura con los datos de la prueba final puede observarse en las tablas 19 y 20 en el apartado de resultados.

Conocimiento para el uso del condón.

Para medir el conocimiento para el uso del condón se modificó la lista de verificación de habilidades para el uso del condón, previa autorización de los autores (Stanton et al., 2009) (Apéndice H). Se agregaron elementos que deben ser considerados para usar de manera correcta un condón, según recomendaciones encontradas en el sitio web de la CDC (2016a), dicha modificación fue realizada por el investigador principal. El instrumento se sometió al método de back translation. La lista de verificación para el uso del condón evalúa el conocimiento para el uso del condón. Está compuesta por 11 ítems, algunos de ellos con opciones de respuesta cierto, falso y no sé. Un ejemplo de ítem es: “El condón se puede poner en cualquier momento antes de eyacular”. A mayor puntuación, mayor conocimiento. La consistencia interna del instrumento fue de $\alpha = .63$, el Alfa de Cronbach fue mayor para las respuestas correctas que para las respuestas incorrectas .88 y .47 respectivamente.

Barreras para el uso del condón.

Para medir las barreras para el uso del condón se utilizó la subescala de barreras de acceso y disponibilidad, de la escala de barreras del condón de Lawrence et al. (1999) (Apéndice F). Las opciones de respuesta de la escala se presentan es escala tipo Likert de 1 = totalmente de acuerdo a 5 = totalmente en desacuerdo. Con el fin de capturar la probabilidad que percibe la persona, de que se presente cada una de las barreras de acceso y disponibilidad de la subescala, se modificaron las opciones de respuesta a: 1 =

muy improbable, 2 = improbable, 3 = algo probable, 4 = probable y 5 = muy probable. La subescala de barreras de acceso y disponibilidad está integrada por los ítems 4, 9, 12, 16, 20, 21, 22 y 23. Un ejemplo de ítem es: “No tendría en que moverme o transportarme para ir a comprar u obtener condones”. A mayor puntaje, mayor percepción de barreras de acceso y disponibilidad para el uso del condón. Después de realizar el AFC con los datos de la prueba piloto (Apéndice Q) y a la revisión del sustento teórico, se eliminaron los ítems 16, 22 y 23. La confirmación de la validez de esta estructura con los datos de la prueba final puede observarse en las tablas 21 y 22 en el apartado de resultados.

Intención de practicar sexo seguro.

La intención de practicar sexo seguro se midió con la subescala de intención para practicar sexo seguro de la escala de riesgos sexuales de DeHart y Birkimer (1997) (Apéndice I). La escala se sometió al método de back translation. La subescala de intención para practicar sexo seguro mide la intención que tiene la persona para practicar sexo seguro, contiene siete ítems (4, 8, 13, 20, 24, 26, 34), las opciones de respuesta son 1= totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3= indeciso/neutro, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Un ejemplo de ítem es: “Intentaré usar condón cuando tenga relaciones sexuales”. A mayor puntuación, mayor intención para practicar sexo seguro, el ítem tres debe invertirse antes de ser sumado. La subescala mostró un Alpha de Cronbach de entre .76 y .80. Posterior al AFC con los datos de la prueba piloto (Apéndice R) y a la revisión del sustento teórico, se eliminaron los ítems 1, 3, 4 y 6. Se añadió el ítem “Tengo la intención de usar condón en mis próximas relaciones sexuales”, el cual ha sido utilizado en otras investigaciones para capturar la intención de usar condón. La confirmación de la validez de esta estructura con los datos de la prueba final puede observarse en las tablas 23 y 24 en el apartado de resultados.

Conducta sexual más segura.

La medición de la conducta sexual más segura se realizó con el cuestionario de

conducta sexual más segura de Dilorio et al. (1992) (Apéndice J). El cuestionario mide la frecuencia de uso de prácticas de sexo seguro, cuenta con 27 reactivos divididos en cinco subescalas: uso del condón, uso de habilidades de asertividad, evitar fluidos del cuerpo, evitar prácticas homosexuales y evitar conductas de riesgo. Los ítems correspondientes a cada factor no están claramente definidos por los autores. Las respuestas se presentan con cuatro opciones en escala tipo Likert: 1 = nunca, 2 = a veces, 3 = casi siempre y 4 = siempre. Un ejemplo de reactivo es: “Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales”. Las respuestas de los reactivos 2, 7, 9, 15, 17, 18, 23, 25, 26 y 27 se invierten antes de ser sumados. A mayor puntaje, mayor frecuencia de prácticas sexuales más seguras. El cuestionario reportó Alpha de Cronbach de .82. Cabe mencionar que no se utilizaron todos los ítems de la escala para la medición de la variable conducta sexual más segura, se realizó una revisión de cada elemento para considerar la pertinencia para la medición de la variable en la muestra de estudio. La confirmación de la validez de esta estructura con los datos de la prueba final puede observarse en las tablas 25 y 26 en el apartado de resultados.

Procedimiento de Recolección de Datos

Para la realización del presente estudio se solicitó autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se utilizó un muestreo virtual online a través de la red social Facebook®. La encuesta digital fue creada previamente por el investigador en la plataforma QuestionPro®. Para reclutar a los participantes se emplearon tres estrategias. La primera, consistió en identificar grupos de amistad de adultos de mediana y tercera edad en Facebook® perteneciente a la república mexicana, en donde se publicó la invitación a participar en el estudio, previamente se contactó a los administradores de los grupos para solicitar autorización de publicar la invitación.

En la invitación se les mencionó que se trataba de un estudio de salud sexual dirigido a personas de 40 a 74 años de edad, en donde debían contestar una encuesta vía

online, que recibirían remuneración económica por su participación y que las personas interesadas en participar u obtener mayor información sobre el estudio, enviarán un mensaje privado a través del Messenger de Facebook®. Una vez que las personas interesadas se pusieron en contacto, se les proporcionó información detallada del estudio, con el fin de que decidieran si participaban o no y resolver sus posibles dudas. También se les explicó que la encuesta contenía preguntas filtro y que, en caso de no cumplir con el perfil requerido para participar en el estudio, la plataforma no les permitiría continuar con la encuesta y se les agradecía por su participación, además de no otorgarles la remuneración económica.

Si la persona aceptaba participar, se le enviaba el enlace y el código de acceso a la encuesta. Al terminar la encuesta, el participante debía mandar al investigador una captura de pantalla del mensaje que proporcionaba QuestionPro®. Una vez que el investigador recibía la captura de pantalla, verificaba la recepción de la encuesta en la plataforma. Después de corroborar, se procedía a otorgar la remuneración económica a través de transferencias electrónicas o depósitos de saldo al número telefónico del participante, se les agradecía por medio de un mensaje de WhatsApp® su participación.

La segunda estrategia consistió en contactar a un sexólogo que tiene gran número de seguidores en sus transmisiones en vivo en la red social de Facebook®. Se le solicitó que compartiera la invitación y el enlace de la encuesta a sus seguidores para participar en el estudio. Las personas interesadas accedían al enlace y respondían la encuesta. Al término de esta enviaban una captura de pantalla a través de un mensaje de WhatsApp®, cuyo número de teléfono celular se encontraba en el enlace proporcionado. Finalmente, se les incluía en un sorteo de premios, que consistió en dar pases de consulta con el sexólogo.

En la tercera estrategia, se creó una página de Facebook® con el nombre del proyecto y se contrató la promoción de la misma en dicha red social. Facebook® promocionó la página entre las personas de la edad y lugar de interés. En la página, las

personas encontraban una descripción detallada del proyecto y el enlace de la encuesta, y podían solicitar a través de la misma, más información en caso de requerirla. Las personas que respondieron la encuesta participaron en un sorteo de recargas tiempo aire, aleatoriamente QuestionPro® proporcionaba cupones con los premios. En el cupón se le indicaba al participante como canjear su premio. Al término de la encuesta, se les agradeció a todos los participantes por su tiempo.

En la segunda y tercera estrategia de recolección no se utilizaron códigos de acceso a la encuesta. Cabe mencionar que, en la encuesta creada en la plataforma QuestionPro® se habilitaron opciones como evitar el relleno de urnas, con la finalidad de que el participante no pudiera responder la encuesta varias veces. Se activó la opción para que todas las preguntas fueran respondidas, si no, el participante no podía continuar con la encuesta. Si el participante no quería responder alguna pregunta, podía abandonar la encuesta en el momento que así lo deseara. Al descargar la base de datos final, se eliminaron las encuestas inconclusas y las de los participantes que no cumplieron con los criterios de inclusión, ya que, para tratar de disminuir el sesgo, en ninguna de las tres estrategias se les proporcionó a los participantes los criterios de inclusión. Los criterios fueron incluidos mediante preguntas filtro, que, al no ser cumplidos, no se les permitió a los participantes continuar con la encuesta (primera estrategia) o se eliminaron los datos de aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión (segunda y tercera estrategia).

Antes de iniciar la encuesta, el participante encontraba en el mismo enlace el consentimiento informado (Apéndice A), con una descripción detallada del estudio. El participante decidía si dar su consentimiento y continuar con la encuesta o simplemente no participar. El orden de aparición de los instrumentos en la plataforma fue el siguiente: cédula de datos personales, subescala de intención para practicar sexo seguro, cuestionario de conducta sexual más segura, escala multidimensional de actitudes del condón, escala de autoeficacia del uso del condón, escala de provisión social VIH

negativo, escala de riesgo percibido a ITS, escala de barreras del condón y lista de verificación de habilidades para el uso del condón.

Consideraciones Éticas

El presente proyecto de investigación se fundamentó en lo reglamentado por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987; Cámara de Diputado del H. Congreso de la Unión, 2014). En donde se establecen los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica destinada a la salud, ya que la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Se consideró lo estipulado en el título segundo de aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13, que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo tanto, se trató a los participantes con amabilidad y respeto. Para asegurar su bienestar y comodidad al brindar información sobre temas tan sensibles como conductas sexuales, se recolectó la información a través de una encuesta online. De esta forma, el participante no se sintió avergonzado de proporcionar información cara a cara a otra persona y pudo sentir mayor libertad para responder. Asimismo, se protegió el anonimato y confidencialidad de la información proporcionada por los participantes.

Con referencia en el Artículo 14, se contó con el consentimiento informado (Apéndice A) de los participantes obtenido vía online. La plataforma QuestionPro® requirió que el participante proporcionará su consentimiento para iniciar la encuesta, de lo contrario no podía acceder a ella (Fracción V), también se contó con el dictamen favorable del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Fracción VII). Con base en el Artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, las únicas personas que tuvieron acceso a los datos proporcionados fueron los investigadores de

este estudio. La encuesta online ayudó a garantizar la protección de la privacidad, ya que no fue necesario que alguien capturará la información, automáticamente la plataforma creó la base de datos para su descarga, además, no existieron instrumentos de lápiz y papel que debieran resguardarse. No se les solicitó a los participantes que proporcionaran su nombre en la encuesta online ni algún otro dato que permitiera identificarlos, el programa asignó un código al participante, evitando colocar información en la base de datos que pudiera identificar a la persona.

De acuerdo al Artículo 17, se considera como riesgo de investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, clasificándose en sin riesgo, con riesgo mínimo y con riesgo mayor que el mínimo. Esta investigación se consideró sin riesgo, puesto que solo se contestaron preguntas vía online, donde la persona dio a conocer su percepción o creencia respecto a diversos aspectos de su conducta sexual (Fracción II). En relación al Artículo 20, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito mediante el cual, el participante autorizó su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometería, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Cabe mencionar que este fue dado por el participante vía online.

En referencia al Artículo 21, para que el consentimiento informado se considerará existente, se le brindó al participante una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprender al menos la justificación y los objetivos de investigación. (Fracción I); los procedimientos que se siguieron y su propósito (Fracción II); que quizá algunas preguntas le podían resultar incómodas por tratarse de preguntas sobre su conducta sexual (Fracción III); que su contribución era importante para la generación de conocimiento y que recibiría algún tipo de remuneración por su participación (Fracción IV); la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a dudas (Fracción VI), la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar

en el estudio (Fracción VII); y la seguridad de que no se identificaría y se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (Fracción VIII). Todo lo anterior quedó plasmado en el consentimiento informado que se proporcionó al participante en la plataforma antes de iniciar con la encuesta (Apéndice A).

El consentimiento informado se realizó por escrito vía online (Artículo 22), por el investigador principal, señalando la información mencionada en el Artículo anterior (Fracción I), fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Fracción II), al ser vía online no se pudo contar con la firma de testigos (Fracción III y IV), y en caso de que el participante lo deseara se le extendió un duplicado del consentimiento, quedando un ejemplar en poder del participante. Finalmente, respecto al Artículo 58, Fracción II, los resultados obtenidos fueron utilizados exclusivamente para fines de cumplir con el objetivo de investigación, analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, sin crear prejuicios hacia los participantes y únicamente serán difundidos los datos en revistas y congresos científicos, de forma general, sin identificar a cada uno de los participantes.

Plan de Análisis de los Datos

Los datos obtenidos se descargaron de la plataforma QuestionPro® en el software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS)® versión 21 para Windows. Para el análisis de los datos se utilizó el mismo programa estadístico. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características generales y de conductas sexuales de los participantes se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para conocer si los datos presentaban normalidad y determinar y justificar el uso de estadística paramétrica o no paramétrica. Se realizaron análisis de correlación utilizando el coeficiente de Spearman, debido a que los datos no presentaron distribución

normal. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach.

Se utilizó el programa IBM SPSS® Amos versión 24 para realizar análisis factoriales confirmatorios a los instrumentos y subescalas utilizados para medir las variables del estudio, con la finalidad de confirmar la validez de la estructura utilizada para medirlas, se tomaron las cargas factoriales estandarizadas para calcular la puntuación total del factor. Se tomaron en cuenta los principales índices de bondad de ajuste para evaluar los modelos propuestos: ji cuadrada (X^2), grados de libertad (gl), Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Tucker Lewis Index (TLI), root mean square error of approximation ($RMSEA$). Los criterios para el ajuste adecuado fueron: X^2 no significativa, los valores adecuados para CFI, GFI y TLI deben ser iguales o superiores a .90, y el RMSEA inferior a .05 para considerarse adecuado, entre .05 y .08 aceptable y por encima de .10 con ajuste deficiente (Browne & Cudeck, 1993; Byrne, 2008).

Para dar respuesta a los siguientes objetivos específicos: 1) Establecer si actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón influyen en la conducta sexual más segura de la muestra total, 5) de las mujeres adultas de mediana y tercera edad, y 9) de los hombres adultos de mediana y tercera edad; 3) Identificar si el conocimiento para el uso del condón, relevancia del uso del condón, barreras para el uso del condón, experiencia previa del uso del condón y susceptibilidad percibida a ITS influyen en la conducta sexual más segura de la muestra total, 7) de las mujeres adultas de mediana y tercera edad, y 11) de los hombres adultos de mediana y tercera edad; 8) Conocer si la sequedad vaginal influye en la conducta sexual más segura de las mujeres adultas de mediana y tercera edad; y 12) Conocer si los problemas de erección influyen en la conducta sexual más segura de los hombres adultos de mediana y tercera edad, se realizaron análisis de regresión lineal múltiple.

Para dar respuesta al objetivo 2) determinar si la intención de practicar sexo seguro media los efectos de actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual más segura en la muestra total, 6) en las mujeres adultas de mediana y tercera edad, 10) en los hombres adultos de mediana y tercera edad, se realizaron análisis de mediación siguiendo los pasos propuestos por Andrew F. Hayes (2018).

Para responder el objetivo 4) Examinar si el sexo, edad, estado civil, escolaridad e ingreso económico moderan el efecto de actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la intención de practicar sexo seguro, se realizaron diversos modelos de moderación con ayuda de la macro PROCESS desarrollada por Andrew F. Hayes.

Por último, para responder el objetivo general, analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, utilizando como sustento teórico el IBM, se tomaron los datos obtenidos de los análisis de regresión lineal múltiple, mediación y moderación. Específicamente el modelo de regresión lineal múltiple permitió conocer la varianza explicada del modelo de la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad. Se tomaron en cuenta los valores del coeficiente de correlación múltiple al cuadrado (R^2), el valor de beta (β) coeficiente no estandarizado, error estándar (SE), valor de beta ($Beta$) coeficiente estandarizado y el valor de probabilidad (p) igual o inferior a .05 para rechazar la hipótesis nula.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio. Primero se muestran los resultados de la estadística descriptiva, que incluyen las características sociodemográficas y de conductas sexuales de la población. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central, dispersión y la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables cuantitativas. Se muestran los análisis de correlación entre las variables de interés, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Posteriormente se presenta la prueba de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach, para cada una de las escalas y subescalas utilizadas. Después se muestran los análisis factoriales confirmatorios de cada una de las escalas y subescalas empleadas y, por último, los diversos modelos generados para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Características Generales de los Participantes

La muestra estuvo conformada por 726 adultos de mediana y tercera edad. El 57.7% (419) eran mujeres y 42.3% (307) hombres. La edad media de los participantes fue de 45.69 años (DE = 5.39). El 35.0 % (254) eran casados y 24.1% (175) vivían en unión libre. En cuanto a la escolaridad, 27.7% (201) habían cursado la secundaria, 23.7% (172) tenían licenciatura o ingeniería y 20.5% (149) preparatoria. El 33.1% (240) de los participantes tenían ingreso económico mensual igual o inferior a cinco mil pesos, 32.9% (239) de entre cinco mil uno y diez mil pesos y 8.1% (59) refirieron no tener ingreso económico (tabla 1).

Tabla 1
Características generales de los participantes

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	419	57.7
Masculino	307	42.3
Estado Civil		
Soltero(a)	93	12.8
Casado(a)	254	35.0
Divorciado(a)	93	12.8
Viudo(a)	25	3.4
Unión libre	175	24.1
Separado(a)	86	11.8
Escolaridad		
Primaria	27	3.7
Secundaria	201	27.7
Preparatoria	149	20.5
Carrera técnica	140	19.3
Licenciatura o Ingeniería	172	23.7
Posgrado	37	5.1
Ingreso económico		
Igual o inferior a 5 000 pesos	240	33.1
5 001 a 10 000 pesos	239	32.9
10 001 a 15 000 pesos	92	12.7
15 001 a 20 000 pesos	46	6.3
20 001 a 25 000 pesos	31	4.3
Superior a 25 000 pesos	19	2.6
No tienen ingreso económico	59	8.1

Nota: n=726

Características de Conductas Sexuales de los Participantes

Número de parejas sexuales a lo largo de la vida.

El 41.9% (304) de los participantes manifestaron haber tenido diez o más parejas sexuales a lo largo de su vida, y el 10.2% (74) tres parejas sexuales a lo largo de su vida (tabla 2).

Tabla 2

Número de parejas sexuales a lo largo de la vida

N° Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje (%)
10 o más	304	41.9
9	39	5.4
8	43	5.9
7	43	5.9
6	44	6.1
5	66	9.1
4	56	7.7
3	74	10.2
2	57	7.9

*Nota: n=726***Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses.**

El 49.2 (357) de los participantes expresaron haber tenido dos parejas sexuales en los últimos 12 meses, y el 9.1% (66) diez o más parejas sexuales en los últimos 12 meses (tabla 3).

Tabla 3

Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses

N° Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje (%)
10 o más	66	9.1
9	8	1.1
8	8	1.1
7	7	1.5
6	20	2.8
5	46	6.3
4	67	9.2
3	143	19.7
2	357	49.2

*Nota: n=726***Uso de condón.**

El 89.8% (652) de los participantes habían utilizado condón alguna vez en su vida. De los cuales, el 29.0 (189) lo habían utilizado en su último encuentro sexual. De aquellos que no lo habían utilizado, el 66.3% (307) expresaron no haberlo utilizado ya que el encuentro sexual había sido con su esposo(a) o pareja estable y 8.9% (41) no

pensaron que fuera necesario. En cuanto a la frecuencia de uso del condón con la pareja estable en los últimos 12 meses, el 49.4% (322) nunca lo usó y 8.3% (54) expresaron haberlo utilizado siempre. La frecuencia de uso del condón con la pareja ocasional en los últimos 12 meses fue, 28.5% (186) nunca y 25.8 (168) siempre. El 72.0% (523) de los participantes consideraron importante utilizar condón en sus relaciones sexuales (tabla 4).

Tabla 4

Uso de condón

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Uso de condón alguna vez en la vida		
Si	652	89.8
No	74	10.2
Uso de condón último encuentro sexual		
Si	189	29.0
No	463	71.0
¿Por qué no utilizó condón en esa ocasión?		
Es mi esposo(a) o pareja estable	307	66.3
No pensamos que fuera necesario	41	8.9
No nos gusta	28	6.0
No pensamos en eso	28	6.0
Mi pareja no estaba de acuerdo	9	1.9
Yo no estaba de acuerdo	2	.4
Muy caros	1	.2
No había disponibles	14	3.0
Utilizamos otro anticonceptivo	33	7.1
Frecuencia uso de condón pareja sexual estable últimos 12 meses		
Nunca	322	49.4
Casi nunca	107	16.4
A veces	102	15.6
Casi siempre	50	7.7
Siempre	54	8.3
No tengo pareja sexual estable	17	2.6
Frecuencia uso de condón pareja sexual ocasional últimos 12 meses		
Nunca	186	28.5
Casi nunca	89	13.7
A veces	105	16.1
Casi siempre	80	12.3

Nota: n=726

(continúa)

Tabla 4
Uso de condón (continuación)

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Siempre	168	25.8
No tengo pareja sexual ocasional	24	3.7
¿Considera importante que usted o su pareja utilicen condón?		
Si	523	72.0
No	203	28.0

Nota: n=726

Cambios fisiológicos.

Mujeres.

El 39.4% (165) de las mujeres refirieron haber sentido menor lubricación vaginal (sequedad vaginal) durante las relaciones sexuales. El 60.1% (252) ya no menstrúan o tienen algún procedimiento anticonceptivo quirúrgico (tabla 5).

Hombres.

El 47.9% (147) de los hombres tenían problemas para lograr o mantener la erección de su pene y el 19.2% (59) utilizaba algún medicamento para lograr o mantener la erección (tabla 5).

Tabla 5
Cambios fisiológicos

Cambios	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mujeres		
Sequedad vaginal		
Si	165	39.4
No	254	60.6
¿Usted puede embarazarse?		
No, ya no menstruo o estoy operada	252	60.1
No, mi pareja ya no puede tener hijos	25	6.0
No, utilizamos otro método anticonceptivo	39	9.3
Si, si puedo embarazarme	103	24.6
Hombres		
¿Tiene problemas para lograr o mantener la erección?		
Si	147	47.9

Nota: n mujeres=419; n hombres=307

(continúa)

Tabla 5
Cambios fisiológicos

	Cambios	Frecuencia	Porcentaje (%)
No		160	52.1
¿Utiliza medicamento que le ayude a lograr o mantener la erección?			
Si		59	19.2
No		248	80.8

Nota: n mujeres=419; n hombres=307

Estadística Descriptiva de las Variables de Interés

A continuación, se presenta la estadística descriptiva y el resultado de la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las variables: edad, actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, susceptibilidad percibida a ITS, conocimiento para el uso del condón, barreras para el uso del condón, intención de practicar sexo seguro y conducta sexual más segura. Las variables mencionadas no presentaron distribución normal (tabla 6).

Las variables actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, autoeficacia para el uso del condón, conocimiento para el uso del condón, intención de practicar sexo seguro y conducta sexual más segura tuvieron una media por encima del punto intermedio. Las variables control percibido para el uso del condón, susceptibilidad percibida a ITS y barreras para el uso del condón tuvieron una media inferior al punto intermedio.

Tabla 6

Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S)

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad	45.69	44	5.39	40	73	.145	.000
Actitud experiencial para el uso del condón	27.54	27	4.92	12	36	.078	.000
Actitud instrumental para el uso del condón	29.84	30	4.90	12	40	.078	.000
Norma percibida para sexo seguro	34.59	33	5.37	15	44	.136	.000
Control percibido para el uso del condón	21.42	22	5.66	9	36	.068	.002
Autoeficacia para el uso del condón	58.53	57	9.50	25	76	.084	.000
Susceptibilidad percibida a ITS	24.40	25	6.67	10	40	.061	.000
Conocimiento para el uso del condón	16.13	17	2.39	8	20	.146	.000
Barreras para el uso del condón	10.16	10	2.63	5	19	.094	.000
Intención de practicar sexo seguro	12.21	12	2.92	4	16	.175	.000
Conducta sexual más segura	52.62	52	9.01	30	76	.059	.000

*Nota: M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; Min = Mínimo;**Max = Máximo; D_a = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors; p = valor de significancia; n = 726*

Correlaciones de las Variables de Interés

Se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que los datos no presentaron una distribución normal (tabla 7). Se encontró correlación entre susceptibilidad percibida a ITS ($r_s = -.258, p < .01$), actitud experiencial para el uso del condón ($r_s = .392, p < .01$), actitud instrumental para el uso del condón ($r_s = .362, p < .01$), norma percibida para sexo seguro ($r_s = .357, p < .01$), control percibido para el uso del condón ($r_s = -.530, p < .01$), autoeficacia para el uso del condón ($r_s = .461, p < .01$), barreras para el uso del condón ($r_s = .317, p < .01$), intención de practicar sexo seguro ($r_s = .511, p < .01$) y conducta sexual más segura.

Mayor susceptibilidad percibida a ITS, mayor actitud experiencial para el uso del condón, mayor actitud instrumental para el uso del condón, mayor norma percibida para sexo seguro, menor control percibido para el uso del condón, mayor autoeficacia para el uso del condón, menos barreras para el uso del condón y mayor intención de practicar sexo seguro se relacionó con mayor participación en conductas sexuales más seguras.

Tabla 7

Correlaciones de las variables de interés

Variables	SPITS	AEUC	AIUC	CNSS	CPUC	AUC	COUC	BUC	IPSS	CSS
Edad	.002	-.080*	-.109**	.052	.052	-.080*	-.118**	-.074*	-.100**	-.007
SPITS		-.166**	-.096**	-.244**	.224**	-.139**	.017	-.189**	.073*	-.258**
AEUC			.722**	.460**	-.519**	.549**	.203**	.505**	.322**	.392**
AIUC				.337**	-.510**	.435**	.163**	.474**	.326**	.362**
NPSS					-.422**	.600**	.030	.378**	.174**	.357**
CPUC						-.486**	-.156**	-.560**	-.377**	-.530**
AUC							.136**	.429**	.329**	.461**
COUC								.140**	.088*	.047
BUC									.204**	.317**
IPSS										.511**

Nota: SPITS = susceptibilidad percibida a ITS; AEUC = actitud experiencial para el uso del condón; AIUC = actitud instrumental para el uso del condón; NPSS = norma percibida para sexo seguro; CPUC = control percibido para el uso del condón; AUC = autoeficacia para el uso del condón; COUC = conocimiento para el uso del condón; BUC = barreras para el uso del condón; IPSS = intención de practicar sexo seguro; CSS = conducta sexual más segura; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; $n = 726$

Consistencia Interna de los Instrumentos

Se analizó la consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente Alpha de Cronbach, en la tabla 8 se muestra que los instrumentos de medición presentaron valores aceptables.

Tabla 8

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumentos	Ítems	Alpha de Cronbach
Susceptibilidad percibida a ITS	8	.83
Actitud experiencial para el uso del condón	9	.84
Actitud instrumental para el uso del condón	10	.77
Norma percibida para sexo seguro	11	.82
Control percibido para el uso del condón	9	.84
Autoeficacia para el uso del condón	19	.92
Barreras para el uso del condón	5	.61
Intención de practicar sexo seguro	4	.90
Conducta sexual más segura	19	.75

Análisis Factoriales Confirmatorios

Se realizaron análisis factoriales confirmatorios a los instrumentos y subescalas utilizadas para medir las variables del estudio, con la finalidad de examinar las relaciones entre los distintos ítems y confirmar la validez de la estructura utilizada para medir las variables

Susceptibilidad percibida a ITS.

En la tabla 9 se muestran los índices de bondad de ajuste de los ítems de los tres factores utilizados para medir susceptibilidad percibida a ITS, de la Escala de Riesgo Percibido a ITS (Napper et al., 2012). En la tabla 10 se muestran las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los ítems en los factores que conforman la variable susceptibilidad percibida a ITS, y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado. La figura 4 muestra la estructura utilizada para medir susceptibilidad percibida a ITS

Tabla 9

Índices de ajuste de susceptibilidad percibida a ITS

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	160.488	17	<.001	.930	.950	.884	.108

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Tabla 10

Cargas factoriales y R^2 de susceptibilidad percibida a ITS

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Afectivo	1. ¿Intuitivamente, ¿qué tan probable siente que es, que se contagie de alguna infección de transmisión sexual como resultado de sus experiencias sexuales?	1.000	.693	.480
	2. Me preocupa contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales	1.184	.699	.489
	5. Me siento vulnerable a contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales	.990	.478	.229
Cognitivo	4. Con base en mis experiencias sexuales, estoy seguro de que NO me contagiaré de alguna infección de transmisión sexual	1.000	.647	.419
	6. Existe una posibilidad, no importa qué tan pequeña sea, de que pudiera contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales	.890	.577	.332
	7. Con base en mis experiencias sexuales, considero que la probabilidad de que yo me contagie de alguna infección de transmisión sexual es:	1.109	.842	.709

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Tabla 10
Cargas factoriales y R^2 de susceptibilidad percibida a ITS (continuación)

Factor	Variable	Cargas		R^2
		factoriales no estandarizadas	factoriales estandarizadas	
Relevancia	3. Considerando mis experiencias sexuales, imaginar que me contagio de alguna infección de transmisión sexual me parece algo:	1.000	.668	.474
	8. Contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales es algo que...	1.000	.661	.436

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

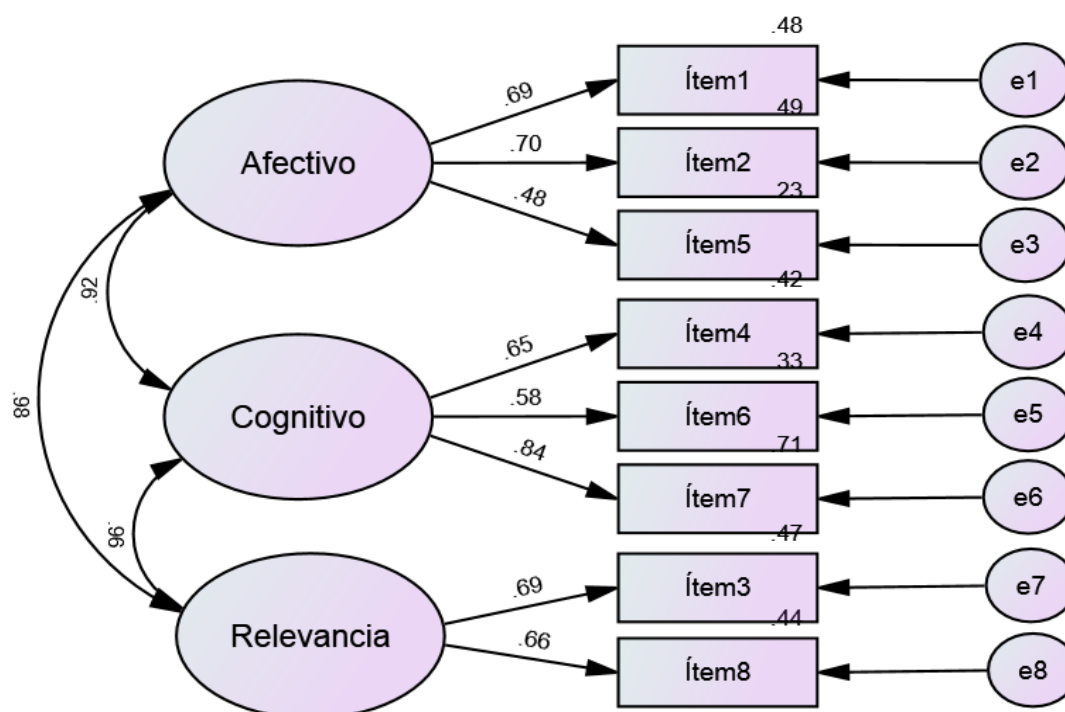


Figura 4. Estructura susceptibilidad percibida a ITS.

Actitud experiencial para el uso del condón.

En la tabla 11 se muestran los índices de bondad de ajuste de los ítems de los tres factores utilizados para medir actitud experiencial para el uso del condón, de la Escala

Multidimensional de Actitudes del Condón (Helweg-Larsen & Collins, 1994). En la tabla 12 se muestran las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los ítems en cada uno de los factores que componen la variable actitud experiencial para el uso del condón, y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado. La figura 5 muestra la estructura utilizada para medir actitud experiencial para el uso del condón.

Tabla 11

Índices de ajuste de actitud experiencial para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	110.624	24	<.001	.961	.968	.942	.071

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Tabla 12

Cargas factoriales y R^2 de actitud experiencial para el uso del condón

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Placer Sexual (PS)	2. Creo que el uso del condón interrumpe el juego sexual previo	1.000	.601	.362
	8. Creo que los condones arruinan el sexo	1.228	.746	.557
	25. Creo que los condones son incómodos para ambas	1.363	.779	.607
	26. Creo que usar condón hace que se sienta menos	1.297	.720	.518
Vergüenza de Negociar y Usar Condones (VNyUC)	7. Si tuviera que sugerirle a mi pareja que usemos condón, me daría vergüenza	1.000	.638	.407
	12. Sería fácil sugerirle a mi pareja que usemos un condón	.473	.338	.114
Vergüenza de Adquirir o Comprar Condones (VAoCC)	5. Si tuviera que comprar condones para usarlos yo, me sentiría incómodo al comprarlos	1.000	.713	.508

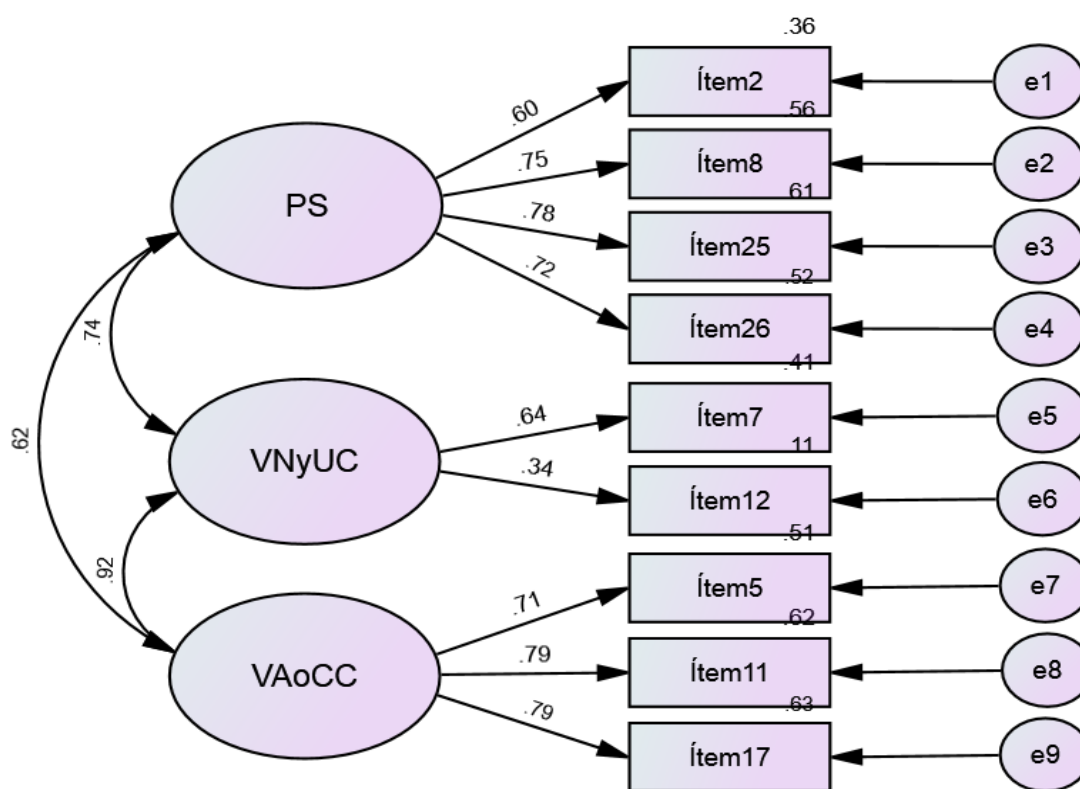
Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Tabla 12

Cargas factoriales y R^2 de actitud experiencial para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Cargas		R^2
		factoriales no estandarizadas	factoriales estandarizadas	
	11. Creo que comprar condones es vergonzoso	.920	.786	.617
	17. Me daría vergüenza ser visto comprando condones en una tienda	1.025	.793	.629

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado*Figura 5. Estructura actitud experiencial para el uso del condón.***Actitud instrumental para el uso del condón.**

En la tabla 13 se muestran los índices de bondad de ajuste de los ítems de los dos factores utilizados para medir actitud instrumental para el uso del condón, de la Escala Multidimensional de Actitudes del Condón (Helweg-Larsen & Collins, 1994). En la

tabla 14 se muestran las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los ítems en cada uno de los factores que conforman la variable actitud instrumental para el uso del condón, y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado. La figura 6 muestra la estructura utilizada para medir actitud instrumental para el uso del condón.

Tabla 13

Índices de ajuste de actitud instrumental para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	510.268	34	<.001	.791	.884	.723	.139

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Tabla 14

Cargas factoriales y R^2 de actitud instrumental para el uso del condón

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Confiabilidad y Efectividad (CyE)	4. Creo que los condones son efectivos para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual	1.000	.249	.062
	9. Creo que los condones son un excelente método para no embarazarse	1.431	.326	.106
	14. Creo que los condones no ofrecen protección confiable	3.174	.651	.424
Estigma Asociado a las Personas que Usan Condones (EAPUC)	24. Creo que una persona que sugiere usar un condón no confía en su pareja	1.000	.747	.558
	27. Creo que el uso del condón es solo para los jóvenes	.685	.624	.390
	28. Creo que las personas que sugieren usar un condón, solo buscan tener sexo	.971	.740	.548

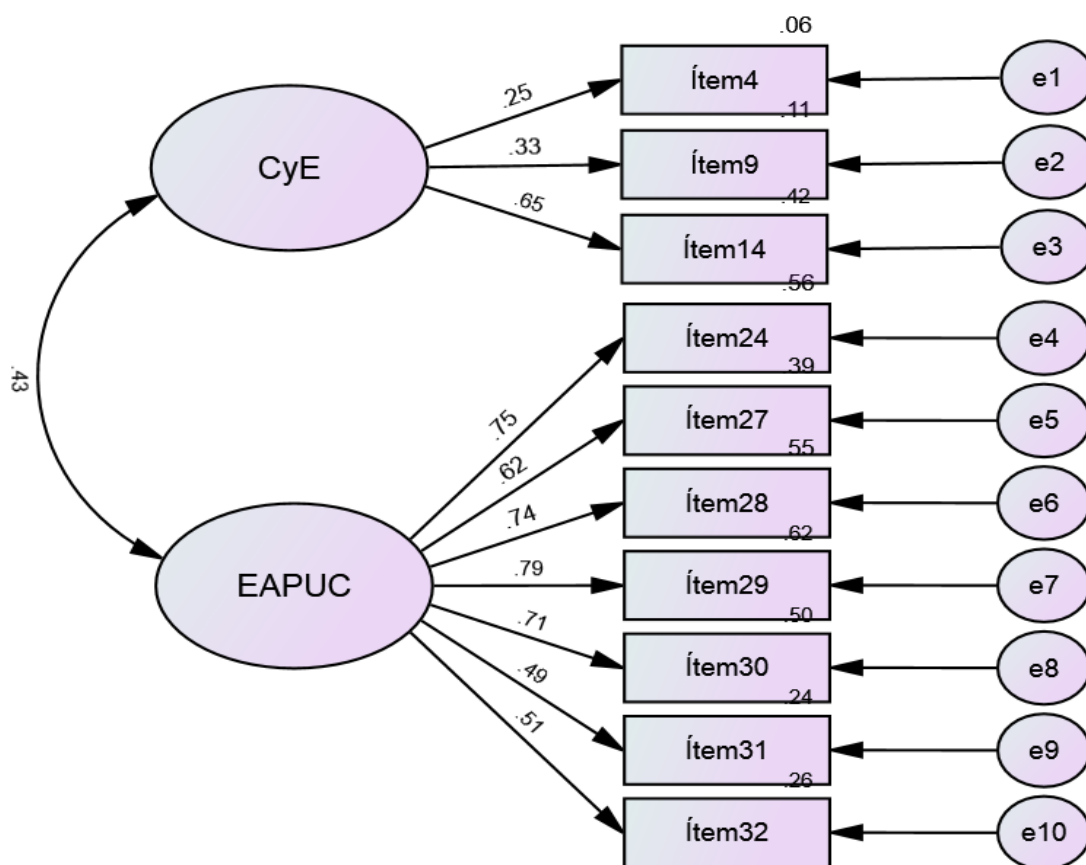
Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Tabla 14

Cargas factoriales y R^2 de actitud instrumental para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
	29. Creo que las personas que sugieren usar un condón, es porque tienen sexo con cualquiera	1.057	.790	.624
	30. Creo que el uso del condón no es para las personas de mi edad	.796	.709	.503
	31. Creo que no es necesario usar condón con tu pareja estable o esposo(a)	.706	.489	.239
	32. Creo que no es necesario usar condón cuando se conoce muy bien a la pareja	.706	.511	.262

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado*Figura 6. Estructura actitud instrumental para el uso del condón.*

Norma percibida para sexo seguro.

En la tabla 15 se muestran los índices de bondad de ajuste de los factores utilizados empleados para medir norma percibida para sexo seguro, de la Escala de Provisión Social VIH Negativo (Darbes et al., 2012). En la tabla 16 se muestran las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los ítems en cada uno de los factores que conforman la variable norma percibida para sexo seguro, y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado. La figura 7 muestra la estructura utilizada para medir norma percibida para sexo seguro.

Tabla 15

Índices de ajuste de norma percibida para sexo seguro

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	369.984	29	.000	.923	.905	.881	.127

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Tabla 16

Cargas factoriales y R^2 de norma percibida para sexo seguro

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Apego (A)	2. Mi pareja no apoya el sexo seguro	.498	.236	.056
	11. Mi relación con mi pareja me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de contagiarme con alguna infección de transmisión sexual	1.105	.661	.437

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Tabla 16

Cargas factoriales y R^2 de norma percibida para sexo seguro (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Garantía de Valor (GA)	13. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi pareja	1.000	.825	.680
	20. Mi pareja respeta mi decisión de practicar sexo seguro	1.013	.813	.661
Orientación (O)	12. Puedo hablar con mi pareja sobre sexo seguro, si es necesario	1.000	.929	.863
	19. No me siento cómodo/a hablando con mi pareja sobre sexo seguro	.337	.216	.047
Integración Social (IS)	5. Mi pareja y yo disfrutamos practicando sexo seguro	1.000	.734	.538
	8. Mi pareja y yo compartimos actitudes y creencias similares sobre la práctica de sexo seguro	1.021	.781	.610
	14. Mi pareja comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro	1.068	.873	.762
	22. Es una decisión mutua de mi pareja y mía practicar sexo seguro	.968	.811	.657

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

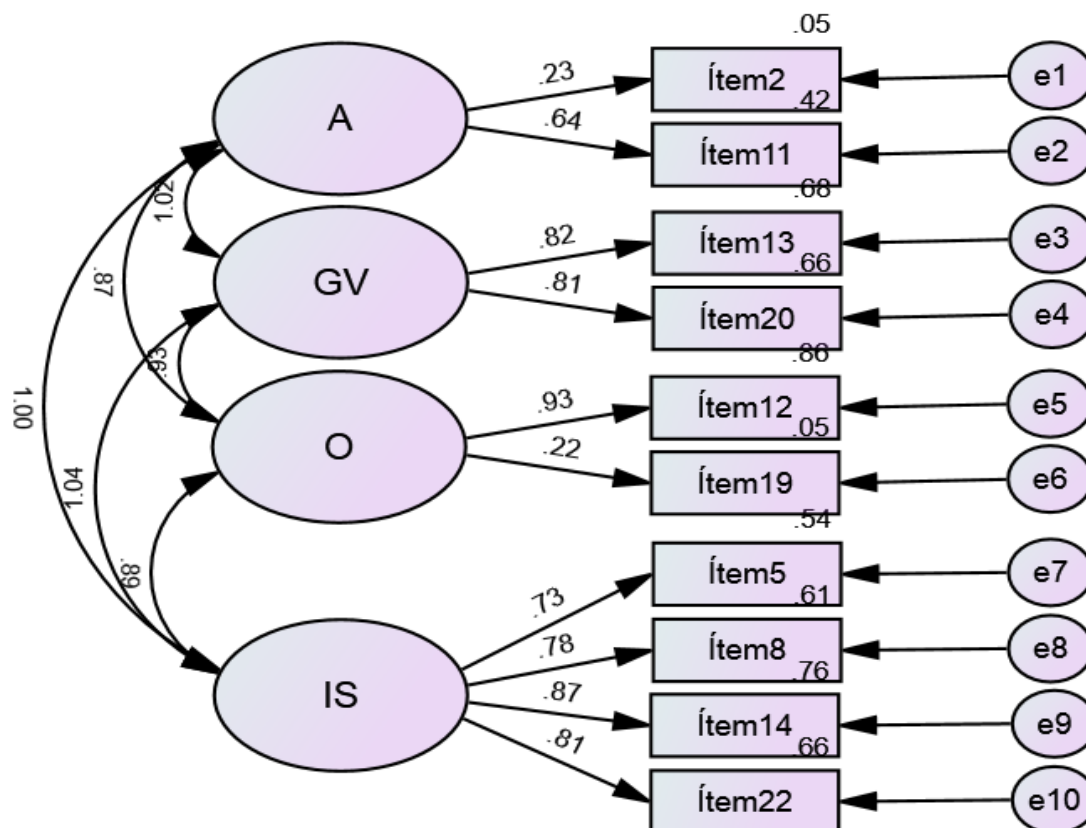


Figura 7. Estructura norma percibida para sexo seguro.

Control percibido para el uso del condón.

En la tabla 17 se muestran los índices de bondad de ajuste de los ítems de los dos factores utilizados para medir control percibido para el uso del condón, de la Escala de Barreras del Condón (Lawrence et al., 1999). En la tabla 18 se muestran las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los ítems en cada uno de los factores que componen la variable control percibido para el uso del condón, y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado. La figura 8 muestra la estructura utilizada para medir control percibido para el uso del condón.

Tabla 17

Índices de ajuste de control percibido para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	332.240	26	<.001	.873	.908	.824	.127

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Tabla 18

Cargas factoriales y R^2 de control percibido para el uso del condón

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Barreras Motivacionales (BM)	2. No quiero usar o que mi pareja use condón	1.000	.672	.452
	26. No necesito usar condón, nunca me he contagiado de nada	.739	.525	.276
	27. Me siento más involucrado(a) o unido(a) con mi pareja sin utilizar condón	1.053	.668	.446
	29. No necesitamos usar condón, usamos otro método	.858	.567	.322
Barreras de la Pareja (BP)	5. Mi pareja no usará condón	1.000	.606	.367
	6. – Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, pensaría que no confío en él o ella	1.306	.774	.599
	10. Si le pidiera a mi pareja que usemos condón, podría pensar que le soy infiel o lo engaño	1.396	.806	.649
	14. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, mi pareja podría perder lo excitado(a) o perder la erección	1.331	.703	.495

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Tabla 18

Cargas factoriales y R^2 de control percibido para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
	18. Si le pidiera a mi pareja que usemos condón, podría molestarse	1.202	.753	.567

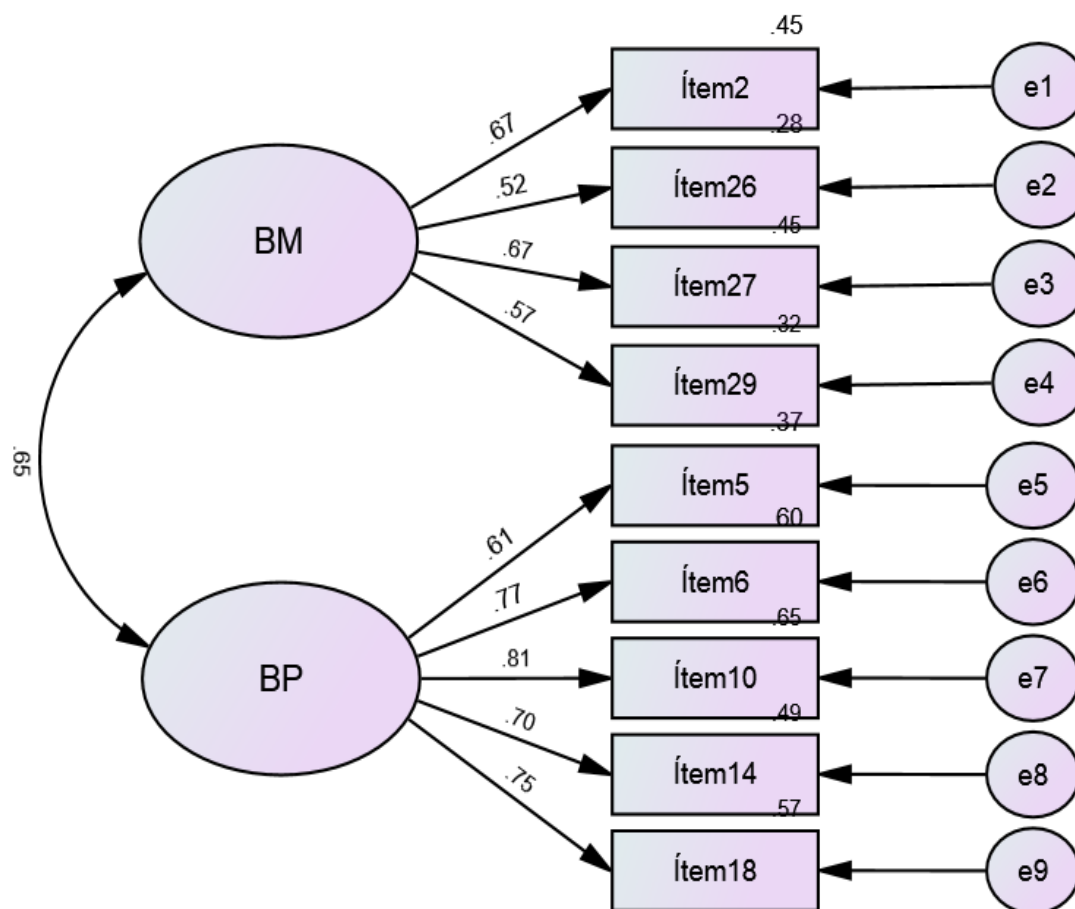
Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

Figura 8. Estructura control percibido para el uso del condón.

Autoeficacia para el uso del condón.

En la tabla 19 se muestran los índices de bondad de ajuste de los ítems de los cinco factores utilizados para medir autoeficacia para el uso del condón, de la Escala de Autoeficacia del Uso del Condón (Dilorio et al., 1997). En la tabla 20 se muestran las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los ítems en cada uno de los factores que conforman la variable autoeficacia para el uso del condón, y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado. La figura 9 muestra la estructura utilizada para medir autoeficacia para el uso del condón.

Tabla 19

Índices de ajuste de autoeficacia para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	756.278	142	<.001	.922	.893	.906	.077

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Tabla 20

Cargas factoriales y R^2 de autoeficacia para el uso del condón

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Adquirir y mantener los condones disponibles (AyMCD)	1. Puedo decir “no” a tener sexo con una nueva pareja si no tenemos condón, aunque tengamos muchas ganas de tener sexo	1.000	.616	.380
	3. Puedo decir “no” a tener sexo si mi pareja y yo no tenemos un condón, aunque no lo hayamos usado anteriormente	.668	.425	.180
	4. Puedo evitar tomar alcohol o consumir drogas cuando voy a tener relaciones sexuales	.712	.496	.246

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Tabla 20
Cargas factoriales y R^2 de autoeficacia para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Colocarse un condón correctamente (CCC)	5. Puedo hablar con mi pareja sobre el uso del condón incluso antes de excitarme demasiado	.964	.715	.511
	6. Puedo usar condón (yo o mi pareja sexual), incluso si pago o me pagan por tener sexo	.842	.587	.345
	10. Puedo encontrar otras actividades placenteras (como la masturbación mutua) cuando no hay condones	.805	.592	.350
	11. Me puedo detener antes de la penetración para ponerme el condón o para que mi pareja se lo ponga, aunque esté muy excitado	1.083	.714	.509
	12. Puedo tener un condón a la mano por si lo llegó a necesitar	.976	.670	.448
	14. Puedo poner un condón, aunque el lugar esté oscuro	1.000	.794	.631
	15. Puedo poner un condón sin dificultad	1.076	.887	.786
	16. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo poner un condón, aunque esté nervioso	1.035	.875	.765
	17. Puedo poner un condón sin que se resbale o se rompa	1.041	.846	.715
	19. Puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera y no lo hayamos usado antes	1.000	.795	.632
Negociar el uso del condón con la pareja sexual (NUCPS)				

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Tabla 20
Cargas factoriales y R^2 de autoeficacia para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Hacer que el uso del condón sea placentero (HUCP)	20. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera	.905	.750	.563
	21. Puedo hacer que el sexo con condón sea placentero	1.000	.871	.759
	23. Puedo usar condón (yo o mi pareja) y disfrutar la experiencia	.961	.871	.759
Evitar situaciones que puedan conducir al sexo sin condón (ESCSSC)	24. Puedo poner un condón sin arruinar el momento	.952	.836	.700
	25. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque yo haya tomado alcohol o consumido drogas	1.000	.799	.638
	26. Puedo hacer que mi pareja y yo usemos condón, aunque no lo hayamos usado antes, y yo haya tomado alcohol o consumido drogas	1.168	.927	.859

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

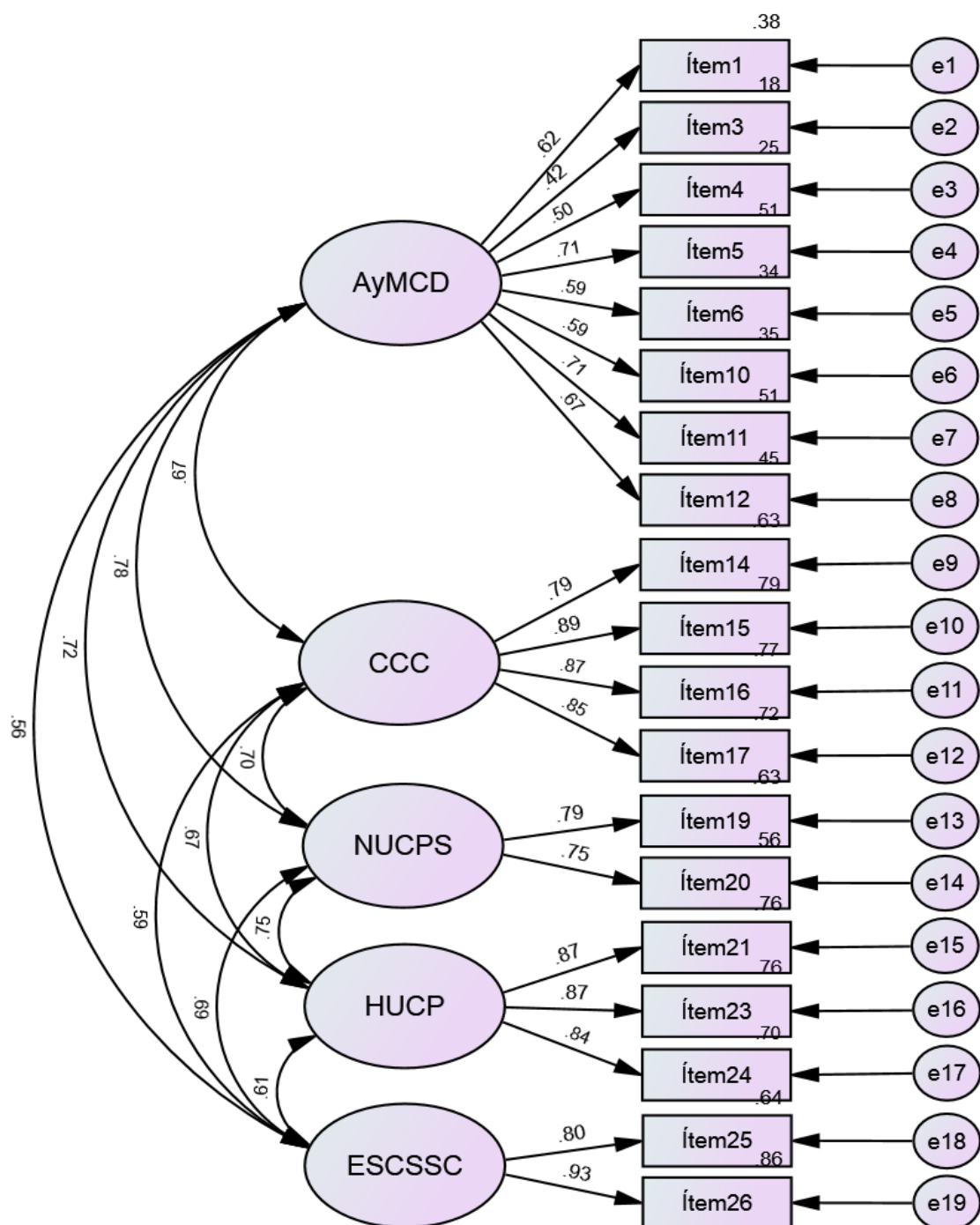


Figura 9. Estructura autoeficacia para el uso del condón.

Barreras para el uso del condón.

En la tabla 21 se muestran los índices de bondad de ajuste de los ítems del factor barreras de acceso y disponibilidad, utilizado para medir barreras para el uso del condón, de la Escala de Barreras del Condón (Lawrence et al., 1999). En la tabla 22 se muestran las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los ítems en el factor que conforma la variable barreras para el uso del condón, y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado. La figura 10 muestra la estructura utilizada para medir barreras para el uso del condón.

Tabla 21

Índices de ajuste de barreras para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	76.495	5	<.001	.842	.959	.684	.140

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Tabla 22

Cargas factoriales y R^2 de barreras para el uso del condón

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
barreras para el uso del condón (LAUC)	4. No tendríamos un condón a la mano	1.000	.270	.073
	9. Tendría miedo de pedirle a mi pareja que usemos un condón	1.489	.453	.205
	12. No sabría dónde conseguir un condón	1.273	.495	.245
	20. Los condones son caros	1.943	.573	.328
	21. No tendría en que moverme o transportarme para ir a comprar u obtener condones	2.339	.709	.503

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

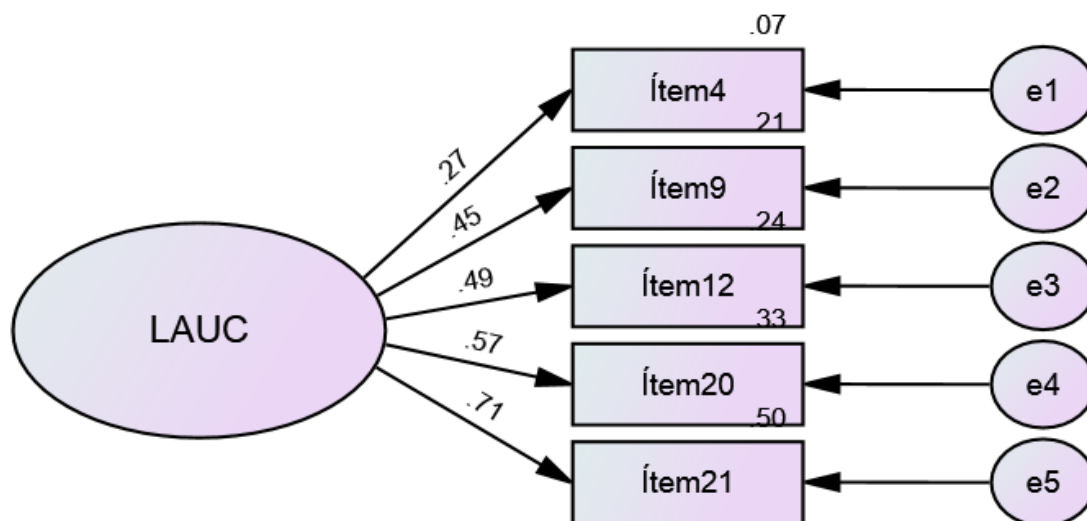


Figura 10. Estructura barreras para el uso del condón (LAUC).

Intención de practicar sexo seguro.

En la tabla 23 se muestran los índices de bondad de ajuste de los ítems de la subescala utilizada para medir intención de practicar sexo seguro, de la escala de riesgos sexuales (DeHart & Birkimer, 1997). En la tabla 24 se muestran las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los ítems en el factor intención de practicar sexo seguro, y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado. La figura 11 muestra la estructura utilizada para medir intención de practicar sexo seguro.

Tabla 23

Índices de ajuste de intención de practicar sexo seguro

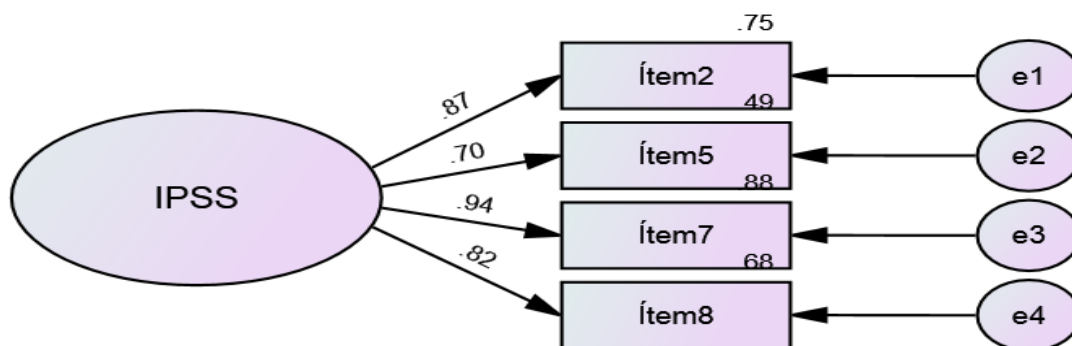
Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	16.195	2	<.001	.993	.989	.978	.099

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Tabla 24

Cargas factoriales y R^2 de intención de practicar sexo seguro

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Intención de Practicar Sexo Seguro (IPSS)	2. Intentaré usar condón cuando tenga relaciones sexuales	1.000	.866	.750
	5. Tengo la intención de practicar “sexo más seguro” en mis próximas relaciones sexuales	.712	.700	.490
	7. Si fuera a tener relaciones sexuales dentro del siguiente año, usaría condones	1.126	.938	.880
	8. Tengo la intención de usar condón en mis próximas relaciones sexuales	.999	.824	.679

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado*Figura 11. Estructura intención de practicar sexo seguro (IPSS).***Conducta sexual más segura.**

En la tabla 25 se muestran los índices de bondad de ajuste de los ítems de los cuatro factores del Cuestionario de Conducta Sexual más Segura (Dilorio et al., 1992) utilizados para medir la conducta sexual más segura. En la tabla 26 se muestran las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los ítems en cada uno de los

factores que componen la variable conducta sexual más segura, y el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado. La figura 12 muestra la estructura utilizada para medir la conducta sexual más segura.

Tabla 25

Índices de ajuste de conducta sexual más segura

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	634.514	146	<.001	.880	.909	.859	.068

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Tabla 26

Cargas factoriales y R^2 de conducta sexual más segura

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Uso de Condón (UC)	1. Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales	1.000	.828	.685
	3. Detengo el jugueteo sexual inicial para ponerme un condón o que mi pareja se lo ponga	1.006	.837	.701
	5. Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual	.701	.642	.412
	6. Uso condón (o mi pareja lo usa) cada vez que tenemos relaciones sexuales	.986	.859	.738
	12. Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual	.857	.578	.335
	15. Practico sexo oral sin usar condón	.409	.312	.097
	17. Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón	.646	.544	.296

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Tabla 26
Cargas factoriales y R^2 de conducta sexual más segura (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Evitar Conductas de Riesgo (ECR)	21. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo	.836	.733	.537
	2. Consumo alguna droga (marihuana, cocaína, metanfetaminas, etc...)	1.000	.094	.009
	9. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien	8.121	.225	.051
	10. Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozco su historial sexual	51.325	1.040	1.081
Uso de Habilidades de Asertividad (UHA)	27. Tomo bebidas alcohólicas antes o durante mis relaciones sexuales	3.887	.151	.023
	4. Le pregunto a mi(s) pareja(s) sexual(es) sobre su historial sexual	1.000	.615	.378
	11. Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo mis genitales irritados	.533	.382	.146
	13. Veo o reviso los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de alguna lesión, irritación o algo raro	.922	.539	.290
	23. Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mi(s) pareja(s) sexual(es)	.325	.282	.080
	24. Hablo sobre sexo seguro con mi(s) pareja(s) sexual(es)	1.134	.716	.512

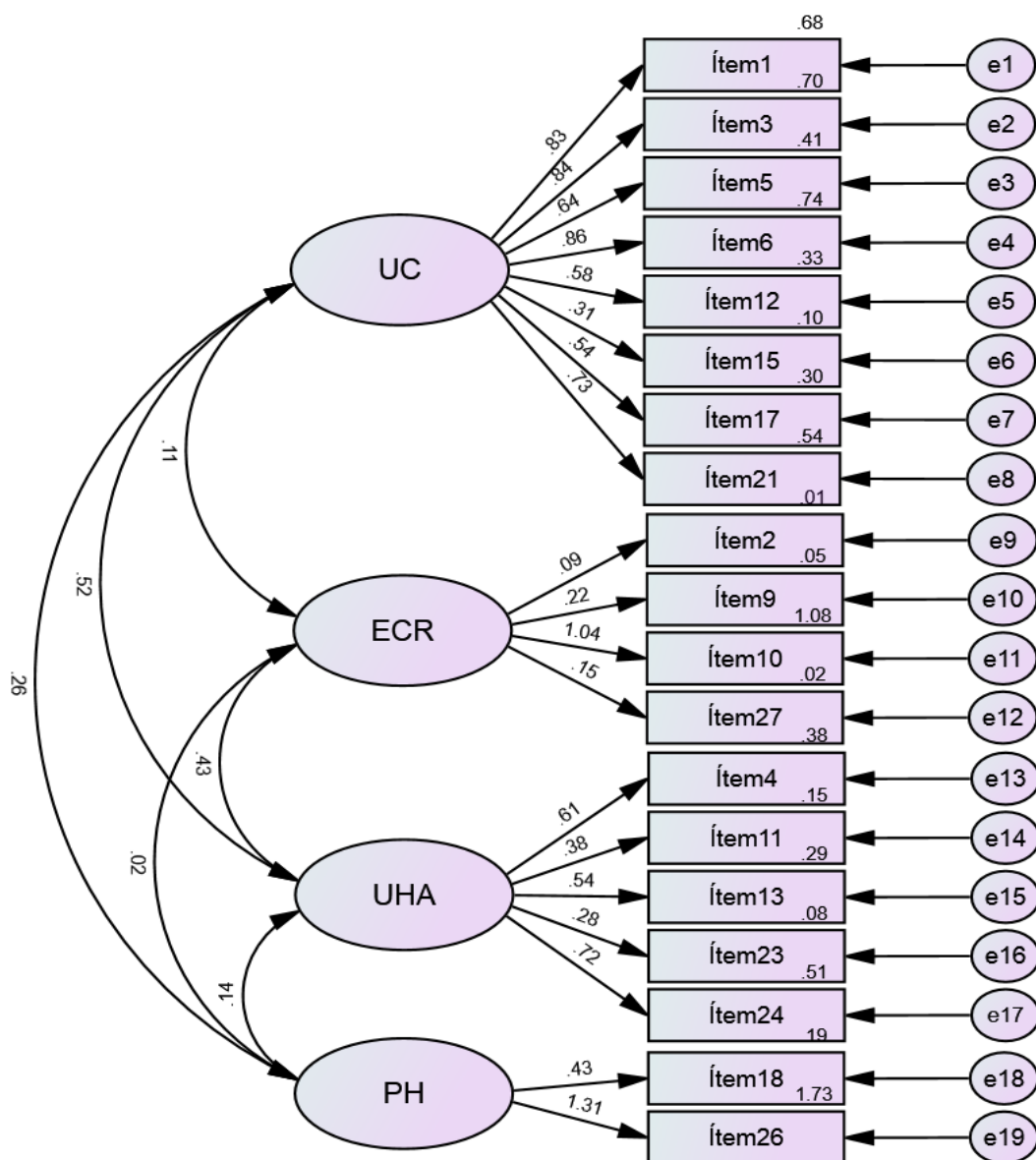
Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Tabla 26

Cargas factoriales y R^2 de conducta sexual más segura (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Prácticas Homosexuales (PH)	18. Practico sexo anal	1.000	.434	.189
	26. Practico sexo anal sin usar condón	4.261	1.315	1.729

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado*Figura 12. Estructura conducta sexual más segura.*

Se pudo observar que, algunos modelos no cumplieron con los índices de bondad de ajuste aceptables, sin embargo, se decidió utilizar dicha estructura para medir las variables. Se realizó el ejercicio de eliminar los ítems que presentaban las cargas factoriales más bajas, con la finalidad de obtener un mejor ajuste del modelo, pero aún y cuando los parámetros de los modelos mejoraban, no se logró que cumplieran con los índices de bondad de ajuste aceptables. Además, se realizaron los análisis de regresión lineal múltiple incluyendo las diversas estructuras generadas para medir las variables (eliminados ítems) y se observó que los resultados eran similares (mismas variables significativas).

Para dar respuesta a los objetivos específicos se plantearon diversos modelos, los cuales se muestran a continuación:

Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad

Este modelo responde a los objetivos uno, dos y tres. El objetivo uno planteó establecer si actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón influyen en la conducta sexual más segura.

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple (tabla 27) considerando como variables independientes, actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, intención de practicar sexo seguro, susceptibilidad percibida a ITS, conocimiento para el uso del condón, barreras para el uso del condón, relevancia del uso del condón y experiencia previa del uso del condón, y como variable dependiente conducta sexual más segura. Aún y cuando no todas las variables independientes eran parte de este objetivo, se incluyeron en el análisis de regresión todas las variables independientes del modelo (excepto las propias de una parte específica de la muestra, por ejemplo, sequedad vaginal en mujeres y problemas de erección en hombres) con la finalidad de evitar la varianza traslapada.

Se encontró que, actitud experiencial para el uso del condón ($\beta_1 = -.030, p > .05$), actitud instrumental para el uso del condón ($\beta_2 = -.026, p > .05$) y norma percibida para sexo seguro ($\beta_3 = .087, p > .05$) no influyen en la conducta sexual más segura, pero control percibido para el uso del condón ($\beta_5 = -.436, p < .01$) y autoeficacia para el uso del condón ($\beta_6 = .152, p < .01$) si influyen en la conducta sexual más segura. Es decir, los participantes que tuvieron menor control conductual para el uso del condón y mayor autoeficacia para el uso del condón, tuvieron conductas sexuales más seguras.

Tabla 27

Modelo de regresión conducta sexual más segura

Variables	β	SE	Beta	p
Constante	24.270	2.840	-	.000
Actitud experiencial para el uso del condón β_1	-.030	.079	-.017	.702
Actitud instrumental para el uso del condón β_2	-.026	.084	-.013	.756
Norma percibida para sexo seguro β_3	.087	.056	.054	.124
Control percibido para el uso del condón β_4	-.436	.062	-.273	.000
Autoeficacia para el uso del condón β_5	.152	.032	.176	.000
Intención de practicar sexo seguro β_6	.713	.080	.281	.000
Susceptibilidad percibida a ITS β_7	-.279	.037	-.216	.000
Conocimiento para el uso del condón β_8	-.112	.072	-.043	.123
Barreras para el uso del condón β_9	-.102	.161	-.022	.528
Relevancia del uso del condón β_{10}	2.117	.417	.153	.000
Experiencia previa del uso del condón β_{11}	2.001	.571	.097	.000

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual más segura; β = valor de beta, coeficiente no estandarizado; SE = Error estándar; Beta = valor de beta, coeficiente estandarizado; p = valor de probabilidad; n = 726

El objetivo dos planteó determinar si la intención de practicar sexo seguro media los efectos de actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual más segura.

Para probar dicho objetivo, se realizó un análisis de mediación siguiendo los pasos propuestos por Andrew F. Hayes (2018). El primer paso consistió en realizar una regresión de las variables independientes sobre la variable mediadora (tabla 28). El

segundo paso fue una regresión de las variables independientes y mediadora sobre la variable dependiente (se tomaron los resultados del análisis realizado para probar el objetivo uno, tabla 27). Y, por último, se realizó la prueba de Sobel para verificar la influencia significativa de las variables independientes sobre la dependiente a través de la variable mediadora.

Tabla 28

Modelo de regresión intención de practicar sexo seguro

Variables	β	SE	Beta	p
Constante	9.678	1.088	-	.000
Actitud experiencial para el uso del condón	.008	.039	.011	.844
Actitud instrumental para el uso del condón	.101	.041	.129	.014
Norma percibida para sexo seguro	.078	.072	.076	.280
Control percibido para el uso del condón	-.156	.028	-.247	.000
Autoeficacia para el uso del condón	.062	.016	.182	.000

Nota: Variable dependiente = Intención de practicar sexo seguro; β = valor de beta, coeficiente no estandarizado; SE = Error estándar; Beta = valor de beta, coeficiente estandarizado; p = valor de probabilidad; n = 726

Se encontró que, la intención de practicar sexo seguro no media el efecto entre actitud experiencial para el uso del condón y conducta sexual más segura ($\beta_1 = 0.0057, p > .05$), ni media el efecto entre norma percibida para sexo seguro y conducta sexual más segura ($\beta_3 = 0.0556, p > .05$). La intención de practicar sexo seguro si media el efecto de actitud instrumental para el uso del condón ($\beta_2 = 0.0720, p < .05$), control percibido para el uso del condón ($\beta_4 = -0.1112, p < .05$) y autoeficacia para el uso del condón ($\beta_5 = 0.0442, p < .05$) sobre la conducta sexual más segura (tabla 29).

Los participantes que tuvieron mayor actitud instrumental para el uso del condón, menor control percibido para el uso del condón y mayor autoeficacia para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro, lo que los llevó a tener conductas sexuales más seguras.

Tabla 29

Efectos indirectos, directos, totales y prueba de Sobel

	IPSS			CSS		Efecto Indirecto	Prueba de Sobel	Efecto Directo	<i>p</i>	Efecto Total
	<i>A</i>	<i>SE A</i>		<i>B</i>	<i>SE B</i>			β		
SUC β_1	.008	.039	IPSS	0.713	0.080	0.0057	0.8375	-.030	.702	-0.0242
CUC β_2	.101	.041	IPSS	0.713	0.080	0.0720	0.0175	-.026	.756	0.0460
CNSS β_3	.078	.072	IPSS	0.713	0.080	0.0556	0.2821	.087	.124	0.1426
CCUC β_4	-.156	.028	IPSS	0.713	0.080	-0.1112	0.0000	-.436	.000	-0.5472
CEUC β_5	.062	.016	IPSS	0.713	0.080	0.0442	0.0003	.152	.000	0.1962

Nota: *A* = valor de beta, coeficiente estandarizado; *SE A* = Error estándar *A*; *B* = valor de beta, coeficiente estandarizado; *SE B* = Error estándar *B*; β = valor de beta, coeficiente estandarizado; *p* = valor de probabilidad; IPSS = intención de practicar sexo seguro; CSS = conducta sexual más segura; SUC = actitud experiencial para el uso del condón; CUC = actitud instrumental para el uso del condón; CNSS = norma percibida para sexo seguro; CCUC = control percibido para el uso del condón; CEUC = autoeficacia para el uso del condón; *n* = 726

Referente al objetivo tres, identificar si el conocimiento para el uso del condón, relevancia del uso del condón, barreras para el uso del condón, experiencia previa del uso del condón y susceptibilidad percibida a ITS influyen en la conducta sexual más segura, se observó que conocimiento para el uso del condón ($\beta_8 = -.112, p > .05$) y barreras para el uso del condón ($\beta_9 = -.102, p > .05$) no influyen en la conducta sexual más segura, sin embargo, relevancia del uso del condón ($\beta_{10} = 2.117, p < .05$), experiencia previa del uso del condón ($\beta_{11} = 2.001, p < .05$) y susceptibilidad percibida a ITS ($\beta_7 = -.279, p < .05$) si influyen en la conducta sexual más segura (tabla 27). Lo anterior muestra que los participantes que consideraron importante el uso del condón, lo habían utilizado alguna vez en la vida y tenían menor susceptibilidad percibida a ITS, tuvieron conductas sexuales más seguras.

Con la finalidad de probar el objetivo cuatro, examinar si el sexo, edad, estado civil, escolaridad e ingreso económico moderan el efecto de los actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del

condón sobre la intención de practicar sexo seguro, se realizaron diversos modelos de moderación con ayuda de la macro PROCESS desarrollada por Andrew F. Hayes.

Primero se incorporó en los modelos el sexo como variable moderadora, para identificar si el sexo moderaba el efecto de la actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la intención de practicar sexo seguro (tabla 30). Se observó que, actitud instrumental para el uso del condón tuvo efecto de .1052 ($IC\ 95\% = 0.0120, 0.1984$) y norma percibida para sexo seguro de -.0781 ($IC\ 95\% = -0.1379, -0.0183$) en las mujeres, sobre la intención de practicar sexo seguro. Las mujeres que tuvieron mayor actitud instrumental para el uso del condón y menor norma percibida para sexo seguro, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro.

El control percibido para el uso del condón tuvo efecto de -.1585 ($IC\ 95\% = -0.2244, -0.0926$) y -.1538 ($IC\ 95\% = -0.2278, -0.0798$) en las mujeres y hombres, al igual que autoeficacia para el uso del condón, que tuvo efecto de .0655 ($IC\ 95\% = 0.0286, 0.1023$) y .0534 ($IC\ 95\% = 0.0116, 0.0953$) respectivamente, sobre la intención de practicar sexo seguro. Los hombres y mujeres que tuvieron menor control percibido para el uso del condón y mayor autoeficacia para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro. El efecto del control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la intención de practicar sexo seguro fue mayor en las mujeres.

Tabla 30

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del sexo

Variable Independiente	Sexo	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Actitud experiencial para el uso del condón	Mujer	.0359	.0431	.8319	.4057	-.0488	.1205
	Hombre	-.0235	.0510	-.4599	.6457	-.1236	.0767
Actitud instrumental para el uso del condón	Mujer	.1052	.0475	2.2164	.0270	.0120	.1984
	Hombre	.0888	.0520	1.7095	.0878	-.0132	.1909
Norma percibida para sexo seguro	Mujer	-.0781	.0305	-2.5639	.0106	-.1379	-.0183
	Hombre	-.0416	.0443	-.9388	.3482	-.1285	.0454
Control percibido para el uso del condón	Mujer	-.1585	.0336	-4.7216	.0000	-.2244	-.0926
	Hombre	-.1538	.0377	-4.0792	.0001	-.2278	-.0798
Autoeficacia para el uso del condón	Mujer	.0655	.0187	3.4914	.0005	.0286	.1023
	Hombre	.0534	.0213	2.5061	.0124	.0116	.0953

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza; n = 726

En segundo lugar, se incluyó como variable moderadora la edad (tabla 31). Se encontró que, actitud instrumental para el uso del condón tuvo efecto de .1059 ($IC\ 95\% = 0.0070, 0.2047$) y de .0987 ($IC\ 95\% = 0.0172, 0.1802$) sobre la intención de practicar sexo seguro en las personas de los grupos de edad más bajo y medio, el efecto fue mayor en el grupo de edad bajo y no fue significativo para el grupo de edad alto. Es decir, las personas del grupo de edad bajo y medio que tuvieron mayor actitud instrumental para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro, el efecto fue disminuyendo conforme aumentó la edad, hasta dejar de ser significativo para el grupo de mayor edad.

La norma percibida para sexo seguro tuvo efecto de -.0723 ($IC\ 95\% = -0.4964, -0.0478$) y de -.0672 ($IC\ 95\% = -0.4927, -0.0769$) sobre la intención de practicar sexo seguro en el grupo de edad bajo y medio, el efecto fue mayor en el grupo de edad medio y no fue significativo para el grupo de edad alto. Es decir, las

personas del grupo de edad bajo y medio que tuvieron mayor norma percibida para sexo seguro, tuvieron menor intención de practicar sexo seguro.

El control percibido para el uso del condón tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los tres grupos de edad, en el grupo de edad bajo el efecto fue de $-.1603$ ($IC\ 95\% = -0.2297, -0.0910$), en el medio el efecto fue de $-.1565$ ($IC\ 95\% = -0.2114, -0.1017$), y en el alto el efecto fue de $-.1528$ ($IC\ 95\% = -0.2215, -0.0840$). Las personas que tuvieron menor control percibido para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro, el efecto fue disminuyendo conforme aumentó la edad.

La autoeficacia para el uso del condón también tuvo efecto de $.0539$ ($IC\ 95\% = 0.0141, 0.0937$), $.0600$ ($IC\ 95\% = 0.0283, 0.0917$), y $.0662$ ($IC\ 95\% = 0.0286, 0.1038$) sobre la intención de practicar sexo seguro en los tres grupos de edad, bajo, medio y alto, respectivamente. Las personas que tuvieron mayor autoeficacia para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro, el efecto fue mayor conforme aumentó la edad.

Tabla 31

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores de la edad

Variable Independiente	Edad	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Actitud experiencial para el uso del condón	40.3026	.0373	.0448	.8336	.4048	-.0506	.1252
	45.6928	.0120	.0396	.3028	.7621	-.0657	.0896
	51.0831	-.0134	.0479	-.2790	.7803	-.1073	.0806
Actitud instrumental para el uso del condón	40.3026	.1059	.0503	2.1030	.0358	.0070	.2047
	45.6928	.0987	.0415	2.3764	.0177	.0172	.1802
	51.0831	.0915	.0486	1.8803	.0605	-.0040	.1870

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza;

n = 726

(continúa)

Tabla 31

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores de la edad (continuación)

Variable Independiente	Edad	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Norma percibida para sexo seguro	40.3026	-.0723	.0344	-2.1011	.0360	-.1398	-.0047
	45.6928	-.0672	.0282	-2.3821	.0175	-.1226	-.0118
	51.0831	-.0622	.0417	-1.4893	.1368	-.1441	.0198
Control percibido para el uso del condón	40.3026	-.1603	.0353	-4.5391	.0000	-.2297	-.0910
	45.6928	-.1565	.0279	-5.6011	.0000	-.2114	-.1017
	51.0831	-.1528	.0350	-4.3645	.0000	-.2215	-.0840
Autoeficacia para el uso del condón	40.3026	.0539	.0203	2.6569	.0081	.0141	.0937
	45.6928	.0600	.0161	3.7175	.0002	.0283	.0917
	51.0831	.0662	.0192	3.4551	.0006	.0286	.1038

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza; n = 726

En tercer lugar, el estado civil fue la variable moderadora (tabla 32). La actitud instrumental para el uso del condón tuvo efecto de .1456 ($IC\ 95\% = 0.0231, 0.2681$) sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes en unión libre. Las personas en unión libre que tuvieron mayor actitud instrumental para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro. La norma percibida para sexo seguro tuvo efecto de -.2996 ($IC\ 95\% = -0.5281, -0.0711$) sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes divorciados. Las personas divorciadas que tuvieron menor norma percibida para sexo seguro, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro.

El control percibido para el uso del condón tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes solteros -.1451 ($IC\ 95\% = -0.2733, -0.0168$), casados -.1293 ($IC\ 95\% = -0.2052, -0.0533$), divorciados -.2122 ($IC\ 95\% = -0.3450, -0.0794$), en unión libre -.1336 ($IC\ 95\% = -0.2233, -0.0439$), y separados -.1830 ($IC\ 95\% = -0.3127, -0.0532$). Es decir, las personas solteras, casadas, divorciadas, en unión libre o separadas que tuvieron menor control percibido para el uso

del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro. El efecto fue mayor en los participantes divorciados y separados.

La autoeficacia para el uso del condón tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes casados .0447 ($IC\ 95\% = 0.0030, 0.0864$), en unión libre .0704 ($IC\ 95\% = 0.0155, 0.1252$), y separados .0921 ($IC\ 95\% = 0.0175, 0.1666$). Las personas casadas, en unión libre o separadas que tuvieron mayor autoeficacia para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro. El efecto fue mayor en las personas separadas.

Tabla 32

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del estado civil

Variable Independiente	Estado Civil	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Actitud experiencial para el uso del condón	Soltero	-.0416	.0728	-.5706	.5685	-.1846	.1015
	Otros	.0278	.0401	.6926	.4888	-.0510	.1065
	Casado	.0179	.0544	.3287	.7425	-.0889	.1246
	Otros	.0191	.0416	.4595	.6460	-.0625	.1008
	Divorciado	.1180	.0728	1.6201	.1057	-.0250	.2609
	Otros	.0000	.0407	-.0006	.9995	-.0799	.0779
	Viudo	.0496	.1282	.3872	.6987	-.2021	.3014
	Otros	.0179	.0392	.4557	.6488	-.0592	.0949
	Unión Libre	-.0229	.0530	-.4319	.6659	-.1271	.0812
	Otros	.0383	.0425	.9006	.3681	-.0452	.1217
	Separado	.0906	.0827	1.0967	.2731	-.0716	.2529
	Otros	.0117	.0397	.2939	.7689	-.0663	.0896
Actitud instrumental para el uso del condón	Soltero	.0661	.0760	.8694	.3849	-.0832	.2154
	Otros	.1098	.0427	2.5720	.0103	.0260	.1937
	Casado	.0657	.0548	1.1981	.2313	-.0419	.1733
	Otros	.1234	.0456	2.7082	.0069	.0339	.2129
	Divorciado	.1556	.0862	1.8041	.0716	-.0137	.3249
	Otros	.0959	.0423	2.2670	.0237	.0128	.1790
	Viudo	.0270	.1269	.2127	.8316	-.2221	.2760
	Otros	.1065	.0414	2.5724	.0103	.0252	.1878

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza;

n = 726

(continúa)

Tabla 32

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del estado civil (continuación)

Variable Independiente	Estado Civil	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Norma percibida para sexo seguro	Unión Libre	.1456	.0624	2.3327	.0199	.0231	.2681
	Otros	.0907	.0432	2.0992	.0361	.0059	.1756
	Separado	.1559	.0875	1.7830	.0750	-.0158	.3276
	Otros	.0969	.0420	2.3078	.0213	.0145	.1794
	Soltero	-.0643	.0601	-1.0712	.2845	-.1822	.0536
	Otros	-.0540	.0289	-1.8697	.0619	-.1107	.0027
	Casado	-.0398	.0415	-.9585	.3381	-.1212	.0417
	Otros	-.0628	.0311	-2.0167	.0441	-.1239	-.0017
	Divorciado	-.0341	.0591	-.5782	.5633	-.1501	.0818
	Otros	-.0598	.0295	-2.0243	.0433	-.1178	-.0018
	Viudo	-.2996	.1164	-2.5739	.0103	-.5281	-.0711
	Otros	-.0470	.0278	-1.6925	.0910	-.1015	.0075
	Unión Libre	-.0802	.0487	-1.6481	.0998	-.1758	.0153
	Otros	-.0481	.0300	-1.6019	.1096	-.1071	.0109
Control percibido para el uso del condón	Separado	.0047	.0653	.0717	.9428	-.1235	.1328
	Otros	-.0630	.0285	-2.2076	.0276	-.1189	-.0070
	Soltero	-.1451	.0653	-2.2209	.0267	-.2733	-.0168
	Otros	-.1493	.0286	-5.2238	.0000	-.2054	-.0932
	Casado	-.1293	.0387	-3.3412	.0009	-.2052	-.0533
	Otros	-.1611	.0325	-4.9627	.0000	-.2248	-.0973
	Divorciado	-.2122	.0676	-3.1376	.0018	-.3450	-.0794
	Otros	-.1407	.0288	-4.8888	.0000	-.1972	-.0842
	Viudo	-.1893	.1251	-1.5132	.1307	-.4350	.0563
	Otros	-.1479	.0278	-5.3138	.0000	-.2025	-.0932
	Unión Libre	-.1336	.0457	-2.9228	.0036	-.2233	-.0439
	Otros	-.1543	.0306	-5.0410	.0000	-.2144	-.0942
	Separado	-.1830	.0661	-2.7690	.0058	-.3127	-.0532
	Otros	-.1447	.0286	-5.0541	.0000	-.2009	-.0885
Autoeficacia para el uso del condón	Soltero	.0469	.0338	1.3897	.1651	-.0194	.1132
	Otros	.0584	.0165	3.5423	.0004	.0260	.0908
	Casado	.0447	.0212	2.1047	.0357	.0030	.0864
	Otros	.0654	.0186	3.5215	.0005	.0289	.1019

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza;
n = 726 (continúa)

Tabla 32

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del estado civil (continuación)

Variable Independiente	Estado Civil	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
	Divorciado	.0610	.0324	1.8807	.0604	-.0027	.1247
	Otros	.0562	.0170	3.3025	.0010	.0228	.0896
	Viudo	.0381	.0721	.5276	.5980	-.1035	.1796
	Otros	.0574	.0160	3.5808	.0004	.0259	.0888
	Unión Libre	.0704	.0279	2.5193	.0120	.0155	.1252
	Otros	.0539	.0169	3.1921	.0015	.0207	.0870
	Separado	.0921	.0380	2.4236	.0156	.0175	.1666
	Otros	.0535	.0163	3.2717	.0011	.0214	.0856

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza; n = 726

Posteriormente, se incorporó como variable moderadora la escolaridad (tabla 33). La actitud instrumental para el uso del condón tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes con nivel de escolaridad secundaria .1272 (*IC* 95% = 0.0119, 0.2425). Las personas que habían cursado hasta la secundaria que tuvieron mayor actitud instrumental para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro.

La norma percibida para sexo seguro tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes con carrera técnica -.1142 (*IC* 95% = -0.2242, -0.0042). Las personas que habían realizado una carrera técnica que tuvieron menor norma percibida para sexo seguro, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro.

El control percibido para el uso del condón tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes con nivel de escolaridad secundaria -.1359 (*IC* 95% = -0.2240, -0.0479), preparatoria -.1771 (*IC* 95% = -0.2773, -0.0768), carrera técnica -.1678 (*IC* 95% = -0.2721, -0.0635), y licenciatura o ingeniería -.1708 (*IC* 95% = -0.2681, -0.0734). Es decir, las personas que tuvieron los niveles de escolaridad mencionados y que tuvieron menor control percibido para el uso del condón,

tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro. El efecto fue menor en los participantes con secundaria.

La autoeficacia para el uso del condón tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes con nivel de escolaridad secundaria .0691 (*IC* 95% = 0.0204, 0.1179), preparatoria .0548 (*IC* 95% = 0.0001, 0.1095), y carrera técnica .0884 (*IC* 95% = 0.0253, 0.1514). Las personas que tuvieron los niveles de escolaridad mencionados y que tuvieron mayor autoeficacia para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro. El efecto fue mayor en los participantes con carrera técnica.

Tabla 33

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores de la escolaridad

Variable Independiente	Escolaridad	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Actitud experiencial para el uso del condón	Primaria	-.0979	.1196	-.8184	.4134	-.3328	.1370
	Otros	.0225	.0406	.5551	.5790	-.0572	.1023
	Secundaria	.0350	.0558	.6278	.5304	-.0745	.1446
	Otros	.0048	.0428	.1124	.9105	-.0791	.0888
	Preparatoria	.0052	.0617	.0845	.9327	-.1158	.1263
	Otros	.0157	.0414	.3800	.7041	-.0655	.0970
	Carrera	.0318	.0662	.4808	.6308	-.0981	.1618
	Técnica						
	Otros	.0096	.0413	.2320	.8166	-.0715	.0907
	Licenciatura o Ingeniería	-.0314	.0609	-.5153	.6065	-.1508	.0881
	Otros	.0262	.0417	.6300	.5289	-.0556	.1081
	Posgrado	.2578	.1437	1.7945	.0732	-.0243	.5399
Actitud instrumental para el uso del condón	Otros	.0055	.0398	.1392	.8893	-.0726	.0837
	Primaria	-.0362	.1545	-.2340	.8151	-.3395	.2672
	Otros	.1074	.0421	2.5487	.0110	.0247	.1901
	Secundaria	.1272	.0587	2.1659	.0306	.0119	.2425
	Otros	.0902	.0457	1.9731	.0489	.0004	.1799
	Preparatoria	.1244	.0662	1.8785	.0607	-.0056	.2545
	Otros	.0956	.0439	2.1763	.0299	.0094	.1819

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza;

n = 726

(continúa)

Tabla 33

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores de la escolaridad (continuación)

Variable Independiente	Escolaridad	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Norma percibida para sexo seguro	Carrera	.0974	.0702	1.3879	.1656	-.0404	.2353
	Técnica						
	Otros	.1028	.0440	2.3364	.0197	.0164	.1892
	Licenciatura o Ingeniería	.0354	.0679	.5209	.6026	-.0979	.1686
	Otros	.1186	.0438	2.7054	.0070	.0325	.2046
	Posgrado	.2993	.1555	1.9247	.0547	-.0060	.6047
	Otros	.0943	.0420	2.2429	.0252	.0118	.1768
	Primaria	-.0005	.1104	-.0041	.9967	-.2171	.2162
	Otros	-.0731	.0285	-2.5688	.0104	-.1289	-.0172
	Secundaria	-.0515	.0468	-1.1009	.2713	-.1433	.0403
	Otros	-.0756	.0310	-2.4390	.0150	-.1365	-.0147
	Preparatoria	-.0630	.0474	-1.3298	.1840	-.1561	.0300
	Otros	-.0711	.0305	-2.3350	.0198	-.1309	-.0113
	Carrera	-.1142	.0560	-2.0379	.0419	-.2242	-.0042
	Técnica						
Control percibido para el uso del condón	Otros	-.0601	.0294	-2.0439	.0413	-.1179	-.0024
	Licenciatura o Ingeniería	-.0815	.0487	-1.6734	.0947	-.1771	.0141
	Otros	-.0657	.0300	-2.1915	.0287	-.1245	-.0068
	Posgrado	-.0330	.0983	-.3362	.7368	-.2259	.1599
	Otros	-.0709	.0282	-2.5174	.0120	-.1262	-.0156
	Primaria	-.0563	.1125	-.5001	.6171	-.2771	.1646
	Otros	-.1612	.0285	-5.6561	.0000	-.2171	-.1052
	Secundaria	-.1359	.0449	-3.0302	.0025	-.2240	-.0479
	Otros	-.1645	.0314	-5.2366	.0000	-.2262	-.1028
	Preparatoria	-.1771	.0510	-3.4687	.0006	-.2773	-.0768
	Otros	-.1510	.0300	-5.0344	.0000	-.2099	-.0921
	Carrera	-.1678	.0531	-3.1596	.0016	-.2721	-.0635
	Técnica						
	Otros	-.1535	.0300	-5.1237	.0000	-.2124	-.0947
	Licenciatura o Ingeniería	-.1708	.0496	-3.4432	.0006	-.2681	-.0734
	Otros	-.1524	.0301	-5.0636	.0000	-.2114	-.0933
	Posgrado	-.1495	.0967	-1.5448	.1228	-.3394	.0405
	Otros	-.1567	.0286	-5.4757	.0000	-.2129	-.1005

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza;

n = 726

(continúa)

Tabla 33

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores de la escolaridad (continuación)

Variable Independiente	Escolaridad	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Autoeficacia para el uso del condón	Primaria	-.0576	.0723	-.7970	.4257	-.1996	.0843
	Otros	.0653	.0165	3.9529	.0001	.0329	.0977
	Secundaria	.0691	.0248	2.7860	.0055	.0204	.1179
	Otros	.0558	.0181	3.0763	.0022	.0202	.0915
	Preparatoria	.0548	.0279	1.9669	.0496	.0001	.1095
	Otros	.0612	.0173	3.5435	.0004	.0273	.0951
	Carrera Técnica	.0884	.0321	2.7527	.0061	.0253	.1514
	Otros	.0555	.0167	3.3160	.0010	.0227	.0884
	Licenciatura o Ingeniería	.0466	.0256	1.8216	.0689	-.0036	.0968
	Otros	.0643	.0175	3.6705	.0003	.0299	.0987
	Posgrado	.0723	.0501	1.4453	.1488	-.0259	.1706
	Otros	.0590	.0165	3.5694	.0004	.0266	.0915

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza; n = 726

Y, por último, se incluyó ingreso económico como moderador (tabla 34). La actitud instrumental para el uso del condón tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes que percibían ingreso económico mensual inferior o igual a los 5 000 pesos .1190 (*IC* 95% = 0.0100, 0.2281) y en los participantes que percibían ingreso económico mensual superior a los 25 000 pesos .6326 (*IC* 95% = 0.2569, 1.0082). Las personas que tuvieron ingreso económico inferior o igual a los 5 000 pesos y superior a los 25 000 pesos, y que además tuvieron mayor actitud instrumental para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro. El efecto fue mayor en las personas con mayor ingreso económico.

El control percibido para el uso del condón tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes que percibían ingreso económico mensual de 5 001 a 10 000 pesos -.1980 (*IC* 95% = -0.2761, -0.1199), de 10 001 a 15 000 pesos -.1251 (*IC* 95% = -0.2477, -0.0026),

de 15 001 a 20 000 pesos $-.2427$ ($IC\ 95\% = -0.4280, -0.0575$), superior a los 25 000 pesos $-.3981$ ($IC\ 95\% = -0.6647, -0.1315$), y en aquellos que no tenían ingreso económico mensual propio $-.1659$ ($IC\ 95\% = -0.3165, -0.0154$). Es decir, los participantes que percibieron los ingresos económicos mencionados, y que además tenían menor control percibido para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro. El efecto fue mayor en las personas con mayor ingreso económico.

La autoeficacia para el uso del condón tuvo efecto sobre la intención de practicar sexo seguro en los participantes que percibían ingreso económico mensual inferior o igual a los 5 000 pesos $.0757$ ($IC\ 95\% = 0.0306, 0.1209$), de 5 001 a 10 000 pesos $.0525$ ($IC\ 95\% = 0.0060, 0.0990$), de 10 001 a 15 000 pesos $.0741$ ($IC\ 95\% = 0.0079, 0.1403$), y superior a los 25 000 pesos $.1513$ ($IC\ 95\% = 0.0041, 0.2985$). Las personas que percibieron los ingresos económicos mencionados, y que tuvieron mayor autoeficacia percibida para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro. El efecto fue mayor en las personas con mayor ingreso económico.

Tabla 34

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del ingreso económico

Variable Independiente	Ingreso Económico	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Actitud experiencial para el uso del condón	≤ 5000	.0473	.0497	.9503	.3423	-.0504	.1449
	Otros	.0018	.0451	.0391	.9688	-.0868	.0903
	5 001 – 10 000	.0178	.0552	.3234	.7465	-.0905	.1261
	Otros	.0220	.0428	.5137	.6076	-.0621	.1061
	10 001 – 15 000	.0280	.0730	.3840	.7011	-.1153	.1714
	Otros	.0196	.0408	.4812	.6305	-.0605	.0997

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza;

n = 726

(continúa)

Tabla 34

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del ingreso económico (continuación)

Variable Independiente	Ingreso Económico	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Actitud instrumental para el uso del condón	15 001 – 20 000	-.1268	.1084	-1.1705	.2422	-.3396	.0859
	Otros	.0264	.0398	.6635	.5072	-.0517	.1045
	20 001 – 25 000	-.0056	.1320	-.0427	.9659	-.2648	.2535
	Otros	.0215	.0398	.5401	.5893	-.0567	.0997
	> 25 000	.2872	.2032	1.4135	.1580	-.1117	.6862
	Otros	.0160	.0398	.4033	.6869	-.0621	.0941
	Sin ingreso	-.0481	.0959	-.5019	.6159	-.2363	.1401
	Otros	.0259	.0402	.6454	.5189	-.0530	.1048
	≤ 5000	.1190	.0555	2.1429	.0325	.0100	.2281
	Otros	.0855	.0463	1.8474	.0651	-.0054	.1763
	5 001 – 10 000	.0781	.0596	1.3115	.1901	-.0388	.1951
	Otros	.1053	.0452	2.3305	.0201	.0166	.1940
	10 001 – 15 000	.0218	.0789	.2764	.7823	-.1330	.1766
	Otros	.1092	.0429	2.5455	.0111	.0250	.1935
	15 001 – 20 000	.1246	.0993	1.2545	.2101	-.0704	.3196
	Otros	.0948	.0425	2.2324	.0259	.0114	.1782
	20 001 – 25 000	.0458	.1442	.3176	.7508	-.2372	.3288
	Otros	.0989	.0418	2.3637	.0184	.0167	.1810
	> 25 000	.6326	.1914	3.3056	.0010	.2569	1.0083
	Otros	.0769	.0420	1.8307	.0676	-.0056	.1594
Norma percibida para sexo seguro	Sin ingreso	.0650	.1038	.6262	.5314	-.1388	.2689
	Otros	.0997	.0422	2.3628	.0184	.0169	.1826
	≤ 5000	-.0666	.0379	-1.7595	.0789	-.1410	.0077
	Otros	-.0541	.0347	-1.5586	.1195	-.1223	.0141
	5 001 – 10 000	-.0462	.0442	-1.0465	.2957	-.1329	.0405
	Otros	-.0651	.0311	-2.0949	.0365	-.1260	-.0041
	10 001 – 15 000	-.0938	.0649	-1.4449	.1489	-.2213	.0337
	Otros	-.0550	.0291	-1.8931	.0587	-.1121	.0020

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza;

n = 726

(continúa)

Tabla 34

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del ingreso económico (continuación)

Variable Independiente	Ingreso Económico	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
						Inferior	Superior
Control percibido para el uso del condón	15 001 – 20 000	-.0076	.0966	-.0783	.9376	-.1973	.1822
	Otros	-.0625	.0284	-2.2035	.0279	-.1181	-.0068
	20 001 – 25 000	-.1264	.1385	-.9127	.3617	-.3984	.1455
	Otros	-.0584	.0281	-2.0808	.0378	-.1134	-.0033
	> 25 000	.1813	.1380	1.3136	.1894	-.0897	.4522
	Otros	-.0645	.0280	-2.3048	.0215	-.1195	-.0096
	Sin ingreso	-.1308	.0917	-1.4257	.1544	-.3109	.0493
	Otros	-.0553	.0284	-1.9427	.0524	-.1111	.0006
	≤ 5000	-.0817	.0433	-1.8846	.0599	-.1668	.0034
	Otros	-.1873	.0314	-5.9704	.0000	-.2489	-.1257
	5 001 – 10 000	-.1980	.0398	-4.9760	.0000	-.2761	-.1199
	Otros	-.1299	.0327	-3.9661	.0001	-.1941	-.0656
	10 001 – 15 000	-.1251	.0624	-2.0044	.0454	-.2477	-.0026
	Otros	-.1597	.0291	-5.4917	.0000	-.2168	-.1026
	15 001 – 20 000	-.2427	.0944	-2.5724	.0103	-.4280	-.0575
	Otros	-.1516	.0283	-5.3598	.0000	-.2071	-.0960
	20 001 – 25 000	-.1174	.1063	-1.1020	.2708	-.3265	.0917
	Otros	-.1572	.0284	-5.5365	.0000	-.2129	-.1014
	> 25 000	-.3981	.1358	-2.9320	.0035	-.6647	-.1315
	Otros	-.1485	.0282	-5.2678	.0000	-.2039	-.0932
Autoeficacia para el uso del condón	Sin ingreso	-.1659	.0767	-2.1635	.0308	-.3165	-.0154
	Otros	-.1545	.0288	-5.3663	.0000	-.2110	-.0980
	≤ 5000	.0757	.0230	3.2929	.0010	.0306	.1209
	Otros	.0478	.0185	2.5892	.0098	.0116	.0841
	5 001 – 10 000	.0525	.0237	2.2186	.0268	.0060	.0990
	Otros	.0599	.0180	3.3374	.0009	.0247	.0952
	10 001 – 15 000	.0741	.0337	2.1968	.0284	.0079	.1403
	Otros	.0551	.0168	3.2784	.0011	.0221	.0882

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza;

n = 726

(continúa)

Tabla 34

Efecto condicional de variables independientes sobre intención de practicar sexo seguro ante los valores del ingreso económico (continuación)

Ingreso Económico	Efecto	SE	t	p	Bootstrap IC 95%	
					Inferior	Superior
15 001 – 20 000	.0386	.0504	.7665	.4436	-.0603	.1375
Otros	.0586	.0164	3.5747	.0004	.0264	.0908
20 001 – 25 000	.0413	.0521	.7933	.4279	-.0609	.1436
Otros	.0587	.0165	3.5512	.0004	.0262	.0911
> 25 000	.1513	.0750	2.0187	.0439	.0041	.2985
Otros	.0554	.0163	3.4013	.0007	.0234	.0874
Sin ingreso	-.0388	.0446	-.8693	.3850	-.1263	.0488
Otros	.0654	.0165	3.9659	.0001	.0330	.0978

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza; n = 726

Para dar respuesta a los siguientes objetivos específicos se desarrollaron dos modelos más, uno para mujeres y otro para hombres.

Modelo de Conducta Sexual más Segura en Mujeres Adultas de Mediana y Tercera Edad

Este modelo responde a los objetivos cinco, seis, siete y ocho. Para su desarrollo se siguieron los pasos de los análisis estadísticos del modelo anterior, pero se incluyó la variable sequedad vaginal en ellos. Respecto al objetivo cinco, se identificó que actitud experiencial para el uso del condón ($\beta_1 = -.058, p > .05$), actitud instrumental para el uso del condón ($\beta_2 = -.006, p > .05$) y norma percibida para sexo seguro ($\beta_3 = -.027, p > .05$) no influyen en la conducta sexual más segura de las mujeres adultas de mediana y tercera edad. Control percibido para el uso del condón ($\beta_4 = -.380, p < .01$) y autoeficacia para el uso del condón ($\beta_5 = .092, p < .01$) influyen en la conducta sexual más segura. Es decir, las mujeres que tuvieron menor control percibido para el uso del condón y mayor autoeficacia para el uso del condón, tuvieron conductas sexuales más seguras (tabla 35).

Tabla 35

Modelo de regresión conducta sexual más segura en mujeres

Variables	β	SE	Beta	p
Constante	9.808	2.492	-	.000
Actitud experiencial para el uso del condón β_1	-.058	.065	-.047	.376
Actitud instrumental para el uso del condón β_2	-.006	.072	-.005	.930
Norma percibida para sexo seguro β_3	-.027	.045	-.026	.550
Control percibido para el uso del condón β_4	-.380	.055	-.345	.000
Autoeficacia para el uso del condón β_5	.092	.027	.155	.001
Intención de practicar sexo seguro β_6	.665	.070	.381	.000
Susceptibilidad percibida a ITS β_7	-.150	.032	-.173	.000
Conocimiento para el uso del condón β_8	-.033	.063	-.018	.601
Barreras para el uso del condón β_9	-.284	.149	-.088	.058
Relevancia del uso del condón β_{10}	1.688	.381	.171	.000
Experiencia previa del uso del condón β_{11}	1.905	.496	.133	.000
Sequedad vaginal β_{12}	.269	.297	.031	.366

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual más segura; β = valor de beta, coeficiente no estandarizado; SE = Error estándar; Beta = valor de beta, coeficiente estandarizado; p = valor de probabilidad; n = 419

En cuanto al objetivo seis, se encontró que la intención de practicar sexo seguro no media el efecto de actitud experiencial para el uso del condón ($\beta_1 = 0.0399$, $p > .05$) y actitud instrumental para el uso del condón ($\beta_2 = 0.0452$, $p > .05$) sobre la conducta sexual más segura. Pero, la intención de practicar sexo seguro si media el efecto de norma percibida para sexo seguro ($\beta_3 = -0.0658$, $p < .05$), control percibido para el uso del condón ($\beta_4 = -0.1037$, $p < .05$) y autoeficacia para el uso del condón ($\beta_5 = 0.458$, $p < .05$) sobre la conducta sexual más segura. Las mujeres que tuvieron menor norma percibida para sexo seguro, menor control percibido para el uso del condón y mayor autoeficacia para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro, lo cual las llevó a tener conductas sexuales más seguras (tabla 36 y 37).

Tabla 36

Modelo de regresión intención de practicar sexo seguro en mujeres

Variables	β	SE	Beta	p
Constante	9.485	1.415	-	.000
Actitud experiencial para el uso del condón	.060	.048	.086	.218
Actitud instrumental para el uso del condón	.068	.053	.085	.203
Norma percibida para sexo seguro	-.099	.032	-.170	.002
Control percibido para el uso del condón	-.156	.036	-.247	.000
Autoeficacia para el uso del condón	.069	.020	.204	.001

Nota: Variable dependiente = Intención de practicar sexo seguro; β = valor de beta, coeficiente no estandarizado; SE = Error estándar; Beta = valor de beta, coeficiente estandarizado; p = valor de probabilidad; n = 419

Tabla 37

Efectos indirectos, directos, totales y prueba de Sobel en mujeres

	IPSS		CSS		Efecto Indirecto	Prueba de Sobel	Efecto Directo	p	Efecto Total
	A	SE A	B	SE B			β		
SUC β_1	.060	.048	IPSS .665	.070	0.0399	0.2152	-.058	.376	-0.0181
CUC β_2	.068	.053	IPSS .665	.070	0.0452	0.2035	-.006	.930	0.0392
CNSS β_3	-.099	.032	IPSS .665	.070	-0.0658	0.0032	-.027	.550	-0.0928
CCUC β_4	-.156	.036	IPSS .665	.070	-0.1037	0.0000	-.380	.000	-0.4837
CEUC β_5	.069	.020	IPSS .665	.070	0.0458	0.0011	.092	.001	0.1378

Nota: A = valor de beta, coeficiente estandarizado; SE A = Error estándar A; B = valor de beta, coeficiente estandarizado; SE B = Error estándar B; β = valor de beta, coeficiente estandarizado; p = valor de probabilidad; IPSS = intención de practicar sexo seguro; CSS = conducta sexual más segura; SUC = actitud experiencial para el uso del condón; CUC = actitud instrumental para el uso del condón; CNSS = norma percibida para sexo seguro; CCUC = control percibido para el uso del condón; CEUC = autoeficacia para el uso del condón; n = 419

En el objetivo siete, identificar si el conocimiento para el uso del condón, relevancia del uso del condón, barreras para el uso del condón, experiencia previa del uso del condón y susceptibilidad percibida a ITS influyen en la conducta sexual más segura de las mujeres adultas de mediana y tercera edad, se encontró que, conocimiento para el uso del condón ($\beta_8 = -.033$, $p > .05$) y barreras para el uso del condón ($\beta_9 = -.284$, $p > .05$) no influyen en la conducta sexual más segura, sin embargo, relevancia del uso del condón ($\beta_{10} = 1.688$, $p < .05$), experiencia previa del uso del

condón ($\beta_{11} = 1.905, p < .05$) y susceptibilidad percibida a ITS ($\beta_7 = -.150, p < .05$) si influyen en la conducta sexual más segura (tabla 35). Es decir, las mujeres que consideraron importante el uso del condón, lo habían utilizado alguna vez en la vida y tenían menor susceptibilidad percibida a ITS, tuvieron conductas sexuales más seguras.

Y en el objetivo ocho (conocer si la sequedad vaginal influye en la conducta sexual más segura de las mujeres adultas de mediana y tercera edad), se identificó que, la sequedad vaginal ($\beta_{12} = .269, p > .05$) no influye en la conducta sexual más segura de las mujeres adultas de mediana y tercera edad, es decir, no por sentir que su lubricación vaginal había disminuido se veían involucradas en más conductas sexuales de riesgo (tabla 35).

Modelo de Conducta Sexual más Segura en Hombres Adultos de Mediana y Tercera Edad

Este modelo responde a los objetivos nueve, diez, once y doce. Se incluyó la variable problemas de erección. En el objetivo nueve se identificó que, actitud experiencial para el uso del condón ($\beta_1 = .011, p > .05$), actitud instrumental para el uso del condón ($\beta_2 = -.042, p > .05$), norma percibida para sexo seguro ($\beta_3 = .123, p > .05$) y autoeficacia para el uso del condón ($\beta_5 = .039, p > .05$) no influyen en la conducta sexual más segura de los hombres de mediana y tercera edad, pero control percibido para el uso del condón ($\beta_4 = -.235, p < .01$) si influye en la conducta sexual más segura. Es decir, los hombres que tuvieron menor control percibido para el uso del condón, tuvieron conductas sexuales más seguras (tabla 38).

Tabla 38

Modelo de regresión conducta sexual más segura en hombres

Variables	β	SE	Beta	p
Constante	3.803	2.758	-	.169
Actitud experiencial para el uso del condón β_1	.011	.084	.009	.897
Actitud instrumental para el uso del condón β_2	-.042	.083	-.032	.616
Norma percibida para sexo seguro β_3	.123	.068	.100	.072
Control percibido para el uso del condón β_4	-.235	.059	-.224	.000
Autoeficacia para el uso del condón β_5	.039	.035	.069	.261
Intención de practicar sexo seguro β_6	.605	.077	.365	.000
Susceptibilidad percibida a ITS β_7	-.093	.037	-.106	.012
Conocimiento para el uso del condón β_8	-.051	.072	-.031	.483
Barreras para el uso del condón β_9	.006	.147	.002	.968
Relevancia del uso del condón β_{10}	2.126	.382	.242	.000
Experiencia previa del uso del condón β_{11}	1.804	.565	.136	.002
Problemas de erección β_{12}	.350	.325	.043	.283

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual más segura; β = valor de beta, coeficiente no estandarizado; SE = Error estándar; Beta = valor de beta, coeficiente estandarizado; p = valor de probabilidad; n = 307

En el objetivo diez, se encontró que, la intención de practicar sexo seguro no media el efecto de actitud experiencial para el uso del condón ($\beta_1 = -0.0441$, $p > .05$), norma percibida para sexo seguro ($\beta_3 = 0.0012$, $p > .05$) y autoeficacia para el uso del condón ($\beta_5 = 0.0262$, $p > .05$) sobre la conducta sexual más segura. Pero, la intención de practicar sexo seguro si media el efecto de actitud instrumental para el uso del condón ($\beta_2 = 0.0822$, $p < .05$) y control percibido para el uso del condón ($\beta_4 = -0.1004$, $p < .05$) sobre la conducta sexual más segura. Es decir, los hombres que tuvieron mayor actitud instrumental para el uso del condón y menor control percibido para el uso del, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro, lo cual los llevó a tener conductas sexuales más seguras (tabla 39 y 40).

Tabla 39

Modelo de regresión intención de practicar sexo seguro en hombres

Variables	β	SE	Beta	p
Constante	9.534	1.723	-	.000
Actitud experiencial para el uso del condón	-.073	.067	-.099	.277
Actitud instrumental para el uso del condón	.136	.066	.173	.040
Norma percibida para sexo seguro	.002	.053	.003	.972
Control percibido para el uso del condón	-.166	.043	-.263	.000
Autoeficacia para el uso del condón	.044	.027	.128	.111

Nota: Variable dependiente = Intención de practicar sexo seguro; β = valor de beta, coeficiente no estandarizado; SE = Error estándar; Beta = valor de beta, coeficiente estandarizado; p = valor de probabilidad; n = 307

Tabla 40

Efectos indirectos, directos, totales y prueba de Sobel en hombres

Efectos indirectos, directos, totales y prueba de Sobel en números										
	IPSS			CSS		Efecto Indirecto	Prueba de Sobel	Efecto Directo	p	Efecto Total
	A	$SE\ A$		B	$SE\ B$			β		
SUC β_1	-.073	.067	IPSS	.605	.077	-0.0441	0.2804	.011	.897	-0.0331
CUC β_2	.136	.066	IPSS	.605	.077	0.0822	0.0462	-.042	.616	0.0402
CNSS β_3	.002	.053	IPSS	.605	.077	0.0012	0.9698	.123	.072	0.1242
CCUC β_4	-.166	.043	IPSS	.605	.077	-0.1004	0.0005	-.235	.000	-0.3354
CEUC β_5	.044	.027	IPSS	.605	.077	0.0262	0.1105	.039	.261	0.0656

Nota: A = valor de beta, coeficiente estandarizado; SE A = Error estándar A; B = valor de beta, coeficiente estandarizado; SE B = Error estándar B; β = valor de beta, coeficiente estandarizado; p = valor de probabilidad; IPSS = intención de practicar sexo seguro; CSS = conducta sexual más segura; SUC = actitud experiencial para el uso del condón; CUC = actitud instrumental para el uso del condón; CNSS = norma percibida para sexo seguro; CCUC = control percibido para el uso del condón; CEUC = autoeficacia para el uso del condón; n = 307

El objetivo once, identificar si el conocimiento para el uso del condón, relevancia del uso del condón, barreras para el uso del condón, experiencia previa del uso del condón y susceptibilidad percibida a ITS influyen en la conducta sexual más segura de los hombres adultos de mediana y tercera edad, se identificó que conocimiento para el uso del condón ($\beta_8 = -.051$, $p > .05$) y barreras para el uso del condón ($\beta_9 = .006$, $p > .05$) no influyen en la conducta sexual más segura, sin embargo, relevancia del uso del condón ($\beta_{10} = 2.126$, $p < .05$), experiencia previa del uso del condón ($\beta_{11} = 1.804$, $p < .05$)

y susceptibilidad percibida a ITS ($\beta_7 = -.093, p < .05$) si influyen en la conducta sexual más segura (tabla 38). Lo anterior indica que los hombres que consideraron importante el uso del condón, lo habían utilizado alguna vez en la vida y tenían menor susceptibilidad percibida a ITS, tuvieron conductas sexuales más seguras.

Referente al objetivo doce (conocer si los problemas de erección influyen en la conducta sexual más segura de los hombres adultos de mediana y tercera edad), se observó que los problemas de erección no influyen en la conducta sexual más segura ($\beta_{12} = .350, p > .05$), por lo tanto, tener dificultades para lograr o mantener erecciones no benefició ni afectó la práctica de conductas sexuales más seguras (tabla 38).

El objetivo general del estudio fue analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, utilizando como sustento teórico el Modelo de Conducta Integrado. El modelo (tabla 27) explicó el 48% ($p < .001$) de la conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad (figura 13). A través de la relación directa entre control percibido para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, susceptibilidad percibida a ITS, relevancia del uso del condón, experiencia previa del uso del condón y conducta sexual más segura. Y con relaciones indirectas mediadas por la intención de practicar seguro entre actitud instrumental para el uso del condón, control percibido para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y conducta sexual más segura.

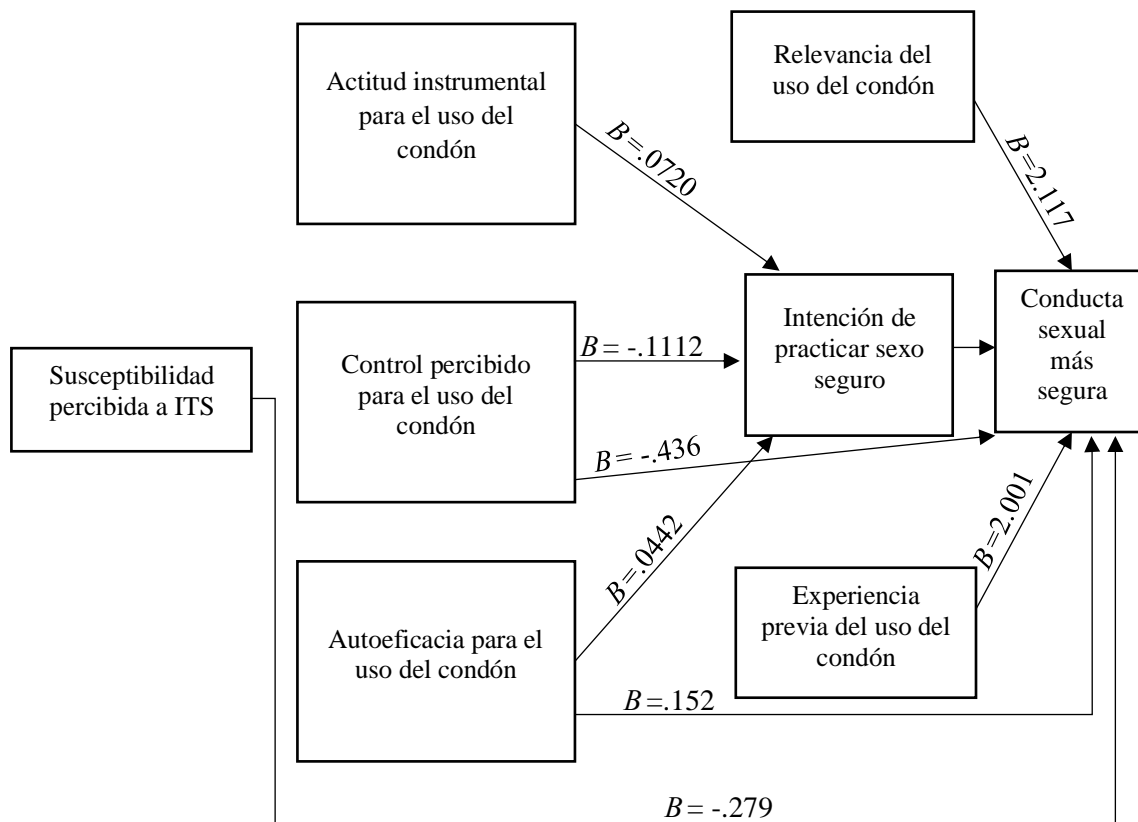


Figura 13. Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad

En las mujeres, el modelo explicó el 48% ($p < .001$) de la conducta sexual más segura en adultas de mediana y tercera edad (figura 14). A través de la relación directa entre control percibido para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, susceptibilidad percibida a ITS, relevancia del uso del condón, experiencia previa del uso del condón y conducta sexual más segura. Y con relaciones indirectas mediadas por la intención de practicar seguro entre norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón y conducta sexual más segura.

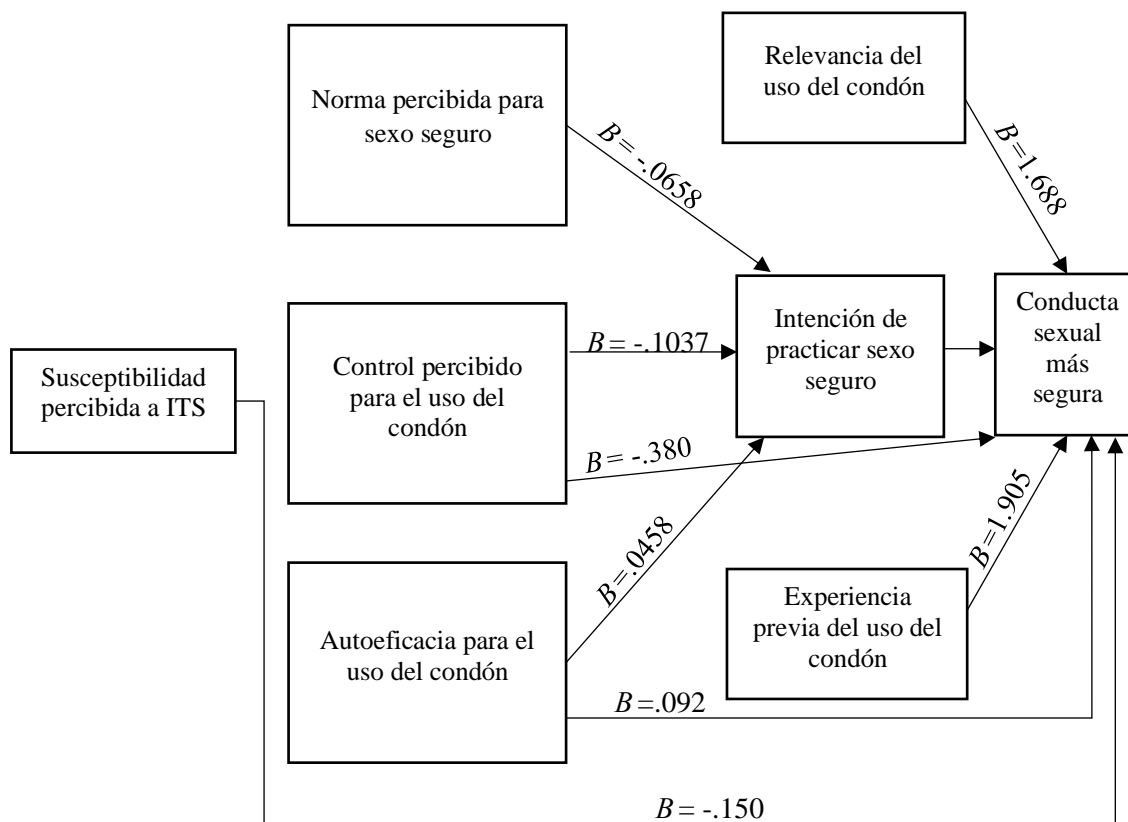


Figura 14. Modelo de Conducta Sexual más Segura en Mujeres Adultas de Mediana y Tercera Edad

En los hombres, el modelo explicó el 49% ($p < .001$) de la conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad (figura 15). A través de la relación directa entre control percibido para el uso del condón, susceptibilidad percibida a ITS, relevancia del uso del condón, experiencia previa del uso del condón y conducta sexual más segura. Y con relaciones indirectas mediadas por la intención de practicar sexo seguro entre actitud instrumental para el uso del condón, control percibido para el uso del condón y conducta sexual más segura.

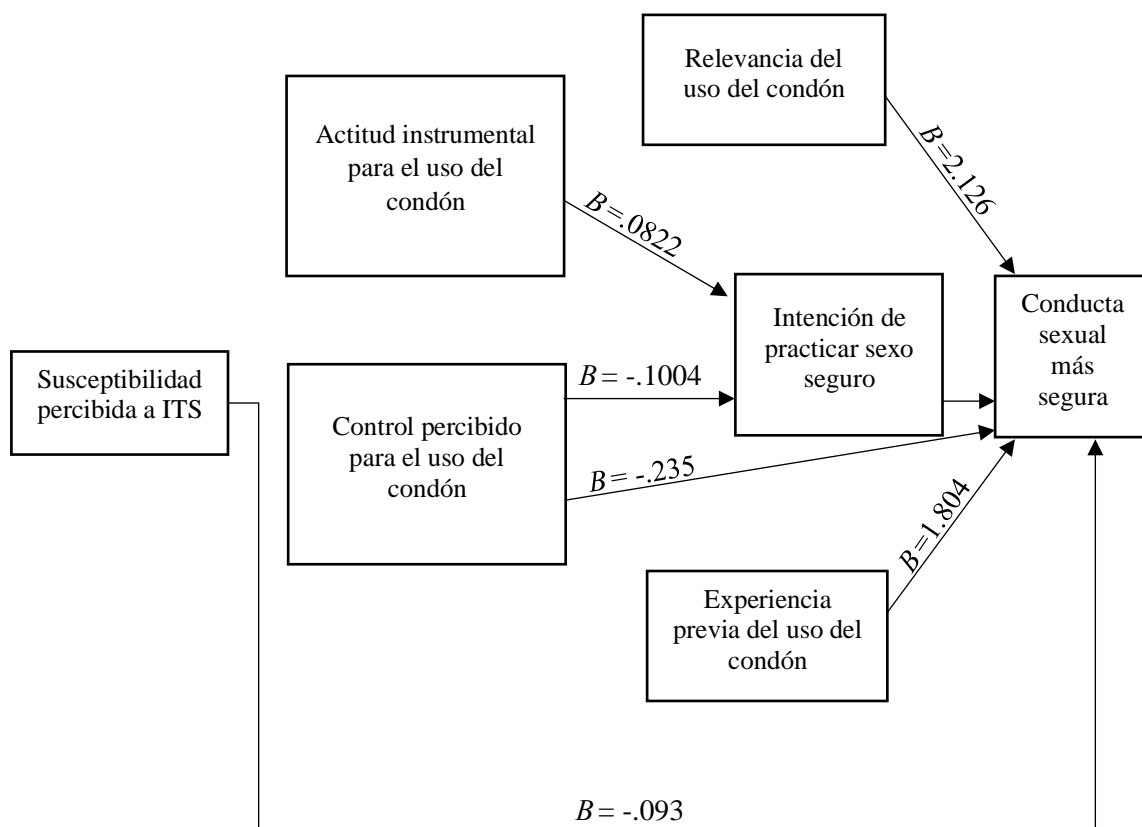


Figura 15. Modelo de Conducta Sexual más Segura en Hombres Adultos de Mediana y Tercera Edad

Capítulo IV

Discusión

El objetivo del estudio fue analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, utilizando como sustento teórico el Modelo de Conducta Integrado. A continuación, se discuten algunas características generales de conductas sexuales de la muestra estudiada, y los resultados obtenidos de cada uno de los objetivos planteados. Posteriormente se presentan las limitaciones del estudio, conclusiones y recomendaciones.

Respecto al número de parejas sexuales se encontró que, más de la mitad de los participantes habían tenido seis o más parejas sexuales a lo largo de su vida y tres o más parejas sexuales en el último año. En el estudio realizado por Harawa et al. (2011) una cuarta parte de los participantes reportaron seis o más parejas sexuales a lo largo de su vida y una décima parte, dos o más parejas sexuales en los últimos cinco años. El número de parejas sexuales reportado por sus participantes fue menor, en comparación con el número de parejas sexuales reportado por los participantes de la presente investigación.

El uso del condón en el último año fue menos frecuente con la pareja estable que con la pareja ocasional, cerca de la mitad de los participantes refirieron nunca haber utilizado condón con su pareja estable y casi una tercera parte refirió nunca haberlo utilizado con su pareja ocasional en el último año. En el estudio realizado por Foster et al. (2012) menos de una quinta parte de los participantes manifestaron nunca haber utilizado el condón, por lo tanto, la frecuencia de uso del condón en sus participantes fue mayor que, la frecuencia de uso del condón en los participantes de la presente investigación. En el estudio realizado por Sormanti y Shibusawa (2007) más de tres cuartas partes de los participantes no habían utilizado condón en los últimos seis meses, la frecuencia de uso del condón en sus participantes fue menor que, la frecuencia de uso del condón en los participantes de la presente investigación.

Poco más de una cuarta parte de los participantes usaron condón en el último encuentro sexual, lo cual es una frecuencia mayor de uso del condón, en comparación con los estudios realizados por Odimegwu y Mutanda (2017) y Amin (2014) donde se encontró que aproximadamente una décima parte de los participantes usaron condón en su último encuentro sexual.

En cuanto a la dificultad para lograr o mantener la erección, casi la mitad de los hombres participantes tenían dificultad, encontrándose mayor frecuencia de dificultad en comparación con el estudio realizado por Cooperman et al. (2007), quienes encontraron problemas de erección en una tercera parte de sus participantes y una quinta parte utilizaba sildenafil. Frecuencia similar a la encontrada en este estudio respecto al uso de medicamentos que ayudan a disminuir los problemas de erección.

En relación a los objetivos uno, cinco y nueve, establecer si actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón influyen en la conducta sexual más segura de la muestra total, de las mujeres y de los hombres. Se encontró que, menor control conductual para el uso del condón y mayor autoeficacia para el uso del condón, dan como resultado mayor participación en conductas sexuales más seguras.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por autores como, Campbell et al. (2016) que encontraron que, el control percibido para el uso del condón, específicamente las barreras relacionadas con la pareja y las barreras de motivación se asociaron con menos ocasiones sexuales sin condón. Y Foster et al. (2012) reportaron que, mayor eficacia percibida para desarrollar conductas sexuales más seguras se asoció con mayor participación en conductas sexuales más seguras. En los hombres la autoeficacia para el uso del condón no influyó en la conducta sexual más segura.

La actitud experiencial para el uso del condón, la actitud instrumental para el uso del condón y la norma percibida para sexo seguro no influyeron en practicar conductas

sexuales más seguras. Contrario a lo descrito por Ellis et al. (2018) quienes encontraron que, los sentimientos o asociaciones afectivas positivas y las creencias cognitivas positivas sobre los condones se asociaron con mayor probabilidad de uso del condón y con mayor disposición para usarlos en el futuro. Sin embargo, Stepanian (2016) identificó que las actitudes de practicar sexo más seguro no influyeron en la intención de practicar sexo más seguro en las mujeres de 50 años de edad en adelante.

Dicha discrepancia puede ser atribuible a la diferencia de edades de las poblaciones estudiadas. Ellis et al. (2018) abordaron estudiantes de 18 a 28 años y Stepanian (2016) mujeres de 50 años de edad en adelante. Mientras que la presente investigación incluyó adultos de mediana y tercera edad. Lo anterior, nos permitió identificar que la actitud experiencial para el uso del condón y la actitud instrumental para el uso del condón quizá pueden influir en la conducta sexual más segura en otras poblaciones, pero no son relevantes para explicar la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, al menos no, en los participantes de este estudio. Sin embargo, Stepanian (2016) encontró que, las creencias normativas sobre prácticas sexuales seguras predicen la intención de practicar conductas sexuales más seguras.

Respecto al objetivo dos, seis y diez, determinar si la intención de practicar sexo seguro media los efectos de actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual más segura en la muestra total, en las mujeres y en los hombres. Se identificó que, los participantes que tuvieron mayor actitud instrumental para el uso del condón, menor control percibido para el uso del condón y mayor autoeficacia para el uso del condón, tuvieron mayor intención de practicar sexo seguro, lo cual los llevó a tener conductas sexuales más seguras. En las mujeres, la intención de practicar sexo seguro no fue mediadora entre actitud instrumental para el uso del condón y conducta sexual más segura, sin embargo, la intención de practicar sexo seguro medió la relación entre norma

percibida para sexo seguro y conducta sexual más segura. En los hombres, la intención de practicar sexo seguro no medió la relación entre autoeficacia para el uso del condón y conducta sexual más segura.

Lo anterior, concuerda con lo reportado por Morales et al. (2018) quienes encontraron, la intención de uso del condón como mediadora entre los efectos de las actitudes hacia el uso del condón, creencias normativas del uso del condón y creencias de control percibidas del uso del condón sobre el uso del condón. En este mismo sentido, Choi et al. (2019) reportaron que la intención de uso del condón mediaba el efecto de las actitudes hacia el uso del condón, normas de uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre el uso del condón.

En la presente investigación, la variable intención de practicar sexo seguro no fue mediadora de los efectos de actitud experiencial para el uso del condón sobre la práctica de conductas sexuales más seguras, lo cual, difiere con las proposiciones teóricas del IBM. El IBM postula que la intención de realizar una conducta media el efecto de la actitud experiencial hacia la conducta (Montaño & Kasprzyk, 2015). Asimismo, los estudios citados previamente realizados por Morales et al. (2018) y Choi et al. (2019) encontraron el efecto mediador de la intención de uso del condón entre las actitudes hacia el uso del condón sobre el uso del condón.

Cabe resaltar que, actitud experiencial para el uso del condón es uno de dos factores que conforman la actitud hacia la conducta. En los estudios de Morales et al. (2018) y Choi et al. (2019) midieron la actitud hacia el uso del condón sin hacer distinción entre los factores que la componen. En la presente investigación se consideró la actitud experiencial y actitud instrumental que componen la actitud. Los hallazgos mostraron que solamente un componente del constructo, actitud instrumental para el uso del condón, fue mediado por la intención de practicar sexo seguro.

En cuanto al objetivo tres, siete y once, identificar si el conocimiento para el uso del condón, relevancia del uso del condón, barreras para el uso del condón, experiencia

previa del uso del condón y susceptibilidad percibida a ITS influyen en la conducta sexual más segura de la muestra total, de las mujeres y de los hombres. El conocimiento para el uso del condón y las barreras para el uso del condón no influyeron en la conducta sexual más segura. El hallazgo del conocimiento fue contradictorio a lo reportado por Odimegwu y Mutanda (2017) quienes encontraron que poseer mayor conocimiento se asoció con mayor probabilidad de usar condón. Lo anterior, pudiera ser atribuible, a que en el estudio realizado por Odimegwu y Mutanda (2017) evaluaron diversas formas de conocimiento de la prevención y transmisión de ITS, y en la presente investigación se midió únicamente el conocimiento para el uso del condón. Respecto a las barreras para el uso del condón, las investigaciones realizadas por Merghati-Khoei et al. (2017) y Doyle, Calsyn y Ball (2009) mostraron que, las barreras para el uso del condón no se asociaron con participar en conductas sexuales más seguras entre ellas el uso del condón.

No obstante, el IBM, modelo empleado como sustento teórico, postula que una persona necesita tener conocimiento para llevar a cabo una conducta dada y no debe tener restricciones ambientales (barreras) que hagan que la conducta sea muy difícil o imposible (Montaño & Kasprzyk, 2015). Además, la conducta debe ser relevante para la persona y haberla realizado previamente, es decir, tener experiencia previa en el desarrollo de la conducta, lo cual, concuerda con los hallazgos de este estudio, ya que se identificó que relevancia del uso del condón y experiencia previa del uso del condón influyeron en la conducta sexual más segura.

No se encontraron investigaciones que identificaran si la relevancia del uso del condón se asocia con las conductas sexuales más seguras en los adultos de mediana y tercera edad, sin embargo, Jones et al. (2013) mostraron que factores como la monogamia, confianza en la pareja y las relaciones a largo plazo, hicieron que las personas de mediana y tercera edad no consideraran necesario o relevante el uso del condón. En cuanto a la experiencia previa del uso del condón, Younge et al. (2008)

reportaron en sus hallazgos que haber desarrollado la conducta en el pasado es un indicador válido de desarrollar la conducta posteriormente, los participantes que habían utilizado condón en su último encuentro sexual, reportaron en el seguimiento mayor uso de condón en sus siguientes encuentros sexuales.

En este mismo objetivo, se identificó que menor susceptibilidad percibida a ITS influyó en la conducta sexual más segura. Hallazgo contradictorio fue encontrado por Fetner et al. (2020) quienes expresaron que los participantes que se sentían en riesgo de adquirir alguna ITS, tuvieron más probabilidad de usar condón. La contradicción en los hallazgos puede ser atribuible a que, los participantes de la presente investigación pueden considerar que no llevan a cabo conductas sexuales de riesgo, y, por lo tanto, no se perciben susceptibles a ITS.

Referente al objetivo cuatro, examinar si el sexo, edad, estado civil, escolaridad e ingreso económico moderan el efecto de actitud experiencial para el uso del condón, actitud instrumental para el uso del condón, norma percibida para sexo seguro, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón sobre la intención de practicar sexo seguro. Se encontró que, la variable sexo (mujeres) moderó el efecto de actitud instrumental para el uso del condón y norma percibida para sexo seguro, sobre la intención de practicar sexo seguro. Y la variable sexo (hombres y mujeres) moderó el efecto de control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro.

La variable edad (grupo de edad bajo y medio) moderó el efecto de actitud instrumental para el uso del condón y norma percibida para sexo seguro, sobre la intención de practicar sexo seguro. Asimismo, la edad (grupo de edad bajo, medio y alto) moderó el efecto de control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro.

La variable estado civil (unión libre) moderó el efecto de actitud instrumental para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro; variable estado civil

(divorciado) moderó norma percibida para sexo seguro, sobre la intención de practicar sexo seguro; variable estado civil (soltero, casado, divorciado, unión libre, separado) moderó control percibido para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro; estado civil (casado, unión libre, separado) moderó el efecto de autoeficacia para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro.

La variable escolaridad (secundaria) moderó el efecto de actitud instrumental para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro; variable escolaridad (carrera técnica) moderó norma percibida para sexo seguro, sobre la intención de practicar sexo seguro; la variable escolaridad (secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura o ingeniería) moderó control percibido para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro; variable escolaridad (secundaria, preparatoria, carrera técnica) moderó el efecto de autoeficacia para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro.

La variable ingreso económico (nivel más bajo y más alto) moderó el efecto de actitud instrumental para el uso del condón en la intención de practicar sexo seguro; ingreso económico (nivel más bajo y más alto) moderó el efecto de control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro.

Respecto a los hallazgos mencionados, no se encontraron estudios que permitieran apoyarlos o contradecirlos, ya que no se identificaron investigaciones que abordaran el sexo, edad, estado civil, escolaridad o ingreso económico como variables moderadoras entre las variables de interés, sin embargo, ha sido estudiada su relación directa con las conductas sexuales más seguras. Hillman (2008) refirió que las mujeres en comparación con los hombres, eran menos propensas a tener experiencia con los condones y ello pudiera ser atribuible a la falta de eficacia percibida para el uso del condón.

Amin (2014) identificó que ser hombre se asociaba con mayores probabilidades de tener relaciones sexuales con condón, mientras Foster et al. (2012) encontraron que, ser mujer se asoció con conductas sexuales más seguras, observándose contradicción en dichos resultados. Mayor número de años de edad (Schick et al., 2010), estar casado (Amin, 2014), menor nivel de escolaridad (Amin, 2014; Odimegwu & Mutanda, 2017; Sormanti & Shibusawa 2007) y mayores ingresos económicos (Altschuler & Rhee, 2015) se asociaron con menos conductas sexuales más seguras.

Concerniente al objetivo ocho y doce, conocer si la sequedad vaginal y los problemas de erección influyen en la conducta sexual más segura. Se observó que la sequedad vaginal y los problemas de erección no influyen en la conducta sexual más segura. Contario a lo descrito por Fileborn et al. (2017) respecto a que las mujeres que experimentan sequedad vaginal después de la menopausia o debido a diversas condiciones de salud, el uso del condón podría hacer incomoda o dolorosa la relación sexual, situación que influiría en que no se lleven a cabo conductas sexuales más seguras como el uso del condón.

Mientras que en los hombres las dificultades de erección representan una barrera importante, ya que les sería complicado colocarse el condón o el uso del condón podría ocasionar la pérdida de la erección (Fileborn et al., 2017; Johnson, 2013). La discrepancia en los hallazgos mencionados puede deberse a que, el estudio realizado por Fileborn et al. (2017) era de metodología cualitativa y sus participantes fueron personas de 60 años en adelante, es decir, adultos mayores y el artículo de revisión de literatura realizado por Johnson (2013) también se enfocó en adultos mayores. Mientras que en la presente investigación predominaron los participantes de mediana edad.

Por último, en relación al objetivo general, analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad, utilizando como sustento teórico el Modelo de Conducta Integrado, enfatizando que la variable resultado fue la conducta sexual más segura. El modelo generado permitió identificar que norma

percibida para sexo seguro influyó en la conducta sexual más segura de las mujeres, y que, actitud experiencial para el uso del condón y actitud instrumental para el uso del condón no influyeron en la conducta sexual más segura. Esto coincide con los resultados del modelo generado por Stepanian (2016), quien analizó los factores que influyen en la intención de practicar sexo más seguro, utilizando como sustento teórico la Teoría de Acción Razonada, cabe mencionar que, la variable resultado fue la intención de practicar sexo más seguro. Encontró que las creencias normativas de practicar sexo más seguro fueron el principal predictor de la intención de practicar sexo más seguro, y que las actitudes de practicar sexo más seguro no influyeron en la intención de practicar sexo más seguro. Cabe aclarar que las variables independientes en ambos estudios coinciden, la diferencia se marca por la variable resultado, sin embargo, es importante mencionar que la intención es el antecedente inmediato a desarrollar la conducta (Ajzen, 2019; Montaña & Kasprzyk, 2015).

Limitaciones del Estudio

Los datos fueron recolectados a través de un muestreo virtual online utilizando redes sociales como Facebook®, lo cual, limita a participar a las personas que no tienen acceso a un dispositivo con internet o que no utilizan redes sociales, ocasionando para el presente estudio que, aunque se incluyeron adultos de mediana y tercera edad, la muestra estuvo conformada en su mayoría por adultos de mediana edad. La generalización de los datos debe realizarse en poblaciones con características similares. Sin embargo, cabe señalar que el muestreo virtual online proporciona otras ventajas, como evitar vergüenza al responder cara a cara preguntas de temas sensibles como conductas sexuales.

En la prueba piloto se realizaron encuestas de lápiz y papel, algunas de ellas cara a cara con el participante y en otras, se le proporcionó al participante la encuesta para que la respondiera el solo. Hubo una diferencia muy notable entre el número de parejas sexuales reportado en los instrumentos de lápiz y papel y en el reportado en las encuestas en línea. Pero no se puede establecer que sea a causa de la forma de

recolección, quizá las respuestas del participante en los instrumentos de lápiz y papel pudieron verse influenciadas por la deseabilidad social o bien, pudo deberse a que las características de los participantes eran diferentes.

No existen instrumentos diseñados específicamente para medir las variables de interés en los adultos de mediana y tercera edad, los instrumentos que se utilizaron fueron desarrollados para medir las variables en otras poblaciones, como, adolescentes o jóvenes estudiantes, lo cual, impide una evaluación de manera precisa de las variables en la población de interés. Para tratar de realizar una medición más precisa algunos de los instrumentos se adaptaron.

El tiempo de llenado de los instrumentos fue otra limitación del estudio, debido a la cantidad de preguntas, lo que pudo haber llevado a los participantes a responder sin analizar preguntas y opciones de respuesta. Para tratar de disminuir el número de preguntas y con ello, el tiempo de llenado de la encuesta, se realizaron AFC de los instrumentos con los datos de la prueba piloto y una revisión teórica del mismo, y así eliminar las preguntas que no fueran relevantes para medir las variables de interés en los participantes, excluyéndolas de la encuesta en la recolección final.

Otra limitante fue el hecho de que el participante conociera de antemano que existía algún tipo de remuneración por su participación, ya que pudo haber sesgado los datos que proporcionó. Sin embargo, es importante motivar a las personas a que participen, de lo contrario, la tasa de participación puede ser baja.

El tipo de diseño de estudio representó otra limitante, ya que, al ser de tipo transversal, impidió identificar cambios en las variables de estudio en el tiempo. Otros aspectos, fueron la escasa evidencia científica en los adultos de mediana y tercera edad con respecto a las conductas sexuales, lo que limitó comparar los resultados de la presente investigación. Y el análisis estadístico realizado utilizando regresiones lineales múltiples, análisis de mediación y moderación, el cual hubiera sido más robusto y con más bondades si se hubiera realizado análisis de ecuaciones estructurales.

Conclusiones

El modelo de conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad explicó algunas de las variables involucradas en la conducta sexual más segura. Se encontró que, menor control percibido para el uso del condón, mayor autoeficacia para el uso del condón, considerar relevante el uso del condón, tener experiencia previa con el uso del condón y menor susceptibilidad percibida a ITS influyeron de forma directa en mayor participación en conductas sexuales más seguras. En los hombres, autoeficacia para el uso del condón no influyó en la conducta sexual más segura.

La actitud instrumental para el uso del condón, control percibido para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón influyeron de forma indirecta en la conducta sexual más segura a través de sus efectos sobre la intención de practicar seguro. En las mujeres, la actitud instrumental para el uso del condón no influyó indirectamente en la conducta sexual más segura, sin embargo, norma percibida para sexo seguro influyó de forma indirecta en la conducta sexual más segura, por sus efectos sobre la intención de practicar sexo seguro. En los hombres, la autoeficacia para el uso del condón no influyó de forma indirecta sobre la conducta sexual más segura.

El sexo femenino presentó mayor frecuencia de efectos significativos y los mayores efectos. Conforme aumentó la edad, disminuyó el efecto de actitud instrumental para el uso del condón y control percibido para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro. Conforme aumentó la edad, aumentó el efecto de autoeficacia para el uso del condón, sobre la intención de practicar sexo seguro. El estado civil unión libre tuvo la mayor frecuencia de efectos significativos y el estado civil separado los mayores efectos. Conforme aumentó el nivel de escolaridad y de ingreso económico, los efectos fueron mayores.

Recomendaciones

Se recomienda realizar más estudios que aborden la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad. En la presente investigación actitud

experiencial para el uso del condón no influyó en la conducta sexual más segura, sin embargo, es una variable que ha influido en la conducta sexual más segura en otras poblaciones, y que considerando el sustento teórico empleado es importante para el desarrollo de una conducta. Por lo cual, sería importante incluirla en futuras investigaciones, seleccionando rigurosamente el instrumento utilizado para medirla.

Se sugiere revisar la Escala de Provisión Social VIH negativo de Darbes et al. (2012) utilizada para medir la variable norma percibida para sexo seguro, debido a que algunos de los resultados encontrados son contradictorios a lo que indica la literatura y el sustento teórico.

Se recomienda realizar investigaciones en los hombres adultos de mediana y tercera edad debido al número reducido de variables significativas para explicar la conducta sexual más segura. Se sugiere desarrollar investigaciones de metodología mixta, ya que la incorporación de datos cualitativos y cuantitativos ayudaría a comprender y dar una explicación más completa de la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad. Se sugiere adaptar y/o desarrollar instrumentos para medir variables relacionadas a la conducta sexual en los adultos de mediana y tercera edad, incluyendo la menor cantidad de ítems posibles con el fin de que el participante analice con detenimiento las preguntas y opciones de respuesta. Se sugiere realizar investigaciones que permitan incorporar variables mediadoras y moderadoras (variables sociodemográficas) para explicar la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad.

Se recomienda realizar intervenciones para promover las conductas sexuales más seguras en los adultos de mediana y tercera edad, incorporando las variables intención de practicar sexo seguro, control percibido para el uso del condón y relevancia del uso del condón. En las mujeres se sugiere además de las anteriores, incluir norma percibida para sexo seguro y autoeficacia para el uso del condón. En los hombres, se recomienda incluir actitud instrumental para el uso del condón.

Referencias

- AIDS Community Research Initiative of America [ACRIA]. (2008). *El VIH y los Adultos Mayores*. Obtenido de <https://static1.squarespace.com/static/584edccc2e69cf27ac376416/t/58f671d546c3c424ad6f43cb/1492546007664/hiv-older-adults-SP+%281%29.pdf>
- Ajzen, I. (2019). Theory of Planned Behavior. University of Massachusetts Amherst: Icek Ajzen. Obtenido de <https://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html>
- Altschuler, J., & Rhee, S. (2015). Relationship power, sexual decision making, and HIV risk among midlife and older women. *The Journal of Women & Aging*, 27, 290-308. doi:10.1080/08952841.2014.954499
- Amin, I. (2014). Social Capital and Sexual Risk-Taking Behaviors Among Older Adults in the United States. *Journal of Applied Gerontology*, 35(9), 982–999. doi:10.1177/0733464814547048
- Andrade, J., Ayres, J. A., Aguiar, R., Cassamassimo, M. T., & García, C. M. (2017). Vulnerability of the elderly to sexually transmitted infections. *Acta Paulista de Enfermería*, 30(1), 8-15. doi:10.1590/1982-0194201700003
- Asare, M. (2015). Using the theory of planned behavior to determine the condom use behavior among college students. *American journal of health studies*, 30(1), 43-50.
- Bahamón, M. J., Vianchá, M. A., & Tobos A. R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el caribe*, 31(2), 327-353. doi:10.14482/psdc.31.2.3070
- Baltar, F., & Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Engle Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing Structural Equation Models* (pp. 136–162). Newbury Park, CA: Sage.
- Byrne, B. 2008. “Testing for multigroup equivalence of a measuring instrument: A walk through the process”. *Testing structural equation models. Psicothema*, 20, 872–882.
- Cámara de Diputado del H. Congreso de la Unión. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Campbell, A. N., Brooks, A. J., Pavlicova, M., Hu, M. C., Hatch-Maillette, M. A., Calsyn, D. A., & Tross, S. (2016). Barriers to condom use: Results for men and women enrolled in HIV risk reduction trials in outpatient drug treatment. *Journal of HIV/AIDS & social services*, 15(2), 130-146.
doi:10.1080/15381501.2016.1166090
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2016a). *Male Condom Use*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/male-condom-use.html>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2016b). *HIV Among People Aged 50 and Older*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/hiv/group/age/olderamericans/>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2018). *Condoms*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/hiv/risk/condoms.html>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2019). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2018*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/std/stats18/STDSSurveillance2018-full-report.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). *HIV Statistics Overview HIV Surveillance Report*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/index.html>
- Cheng, C. M., & Huang, J. H. (2017). Moderating effects of sexual orientation and

- gender characteristic on condom use intentions among boys' senior high school students in Taiwan: An exploration based on the theory of planned behavior. *The Journal of Sex Research*, 55(7), 902-914. doi:10.1080/00224499.2017.1372354
- Choi, S. K., LeGrand, S., Dong, W., Muessig, K. E., & Hightow-Weidman, L. (2019). Condom use intentions mediate the relationships between psychosocial constructs and HIV sexual risk behavior in young Black men who have sex with men. *AIDS care*, 31(1), 53-60. doi:10.1080/09540121.2018.1492695
- Coleman, CL y Ball, K. (2007). Determinants of perceived barriers to condom use among HIV-infected middle-aged and older African American men. *Revista de enfermería avanzada*, 60(4), 368-376.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] e Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2017). *En México hay más de 12 millones de adultos mayores*. Obtenido de <https://www.informador.mx/mexico/En-Mexico-hay-mas-de-12-millones-de-adultos-mayores-20170930-0065.html>
- Cooperman, N. A., Arnsten, J. H., & Klein, R. S. (2007). Current Sexual Activity and Risky Sexual Behavior in Older Men With or At Risk for HIV Infection. *AIDS Education and Prevention*, 19(4), 321-333. doi:10.1521/aeap.2007.19.4.321
- Crosby, R. A., Charnigo, R., & Shrier, L. A. (2014). Prospective Associations Between Perceived Barriers to Condom. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(1), 70-72. doi:10.1016/j.amepre.2014.01.026
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptations to stress. In: Jones WH, Perlman D, editors. *Advances in personal relationships*. Greenwich (CT): JAI Press, (pp. 37-67)
- Darbes, L. A., Chakravarty, D., Beougher, S. C., Neilands, T. B., & Hoff, C. C. (2012). Partner-provided social support influences choice of risk reduction strategies in gay male couples. *AIDS and Behavior*, 16(1), 159-167. doi:10.1007/s104610109868-8

- Davis, K.C., Schraufnagel, T.J., Kajumulo, K.F., Gilmore, A.K., Norris, J., & George, W.H. (2014). A qualitative examination of attitudes and resistance to male condom use: "It's just part of the game." *Archives of sexual behavior*, 43(3), 631-643. doi:10.1007/s10508-013-0150-9
- DeHart, D. D., & Birkimer, J. C. (1997). Trying to practice safer sex: Development of the sexual risks scale. *Journal of Sex Research*, 34(1), 11-25. doi:10.1080/00224499709551860
- DeLamater, J. (2012) Sexual Expression in Later Life: A Review and Synthesis, *The Journal of Sex Research*, 49(2-3), 125-141. doi:10.1080/00224499.2011.603168
- Dilorio, C., Maibach, E., O'Leary, A., Sanderson, C. A., & Celentano, D. (1997). Measurement of condom use self-efficacy and outcome expectancies in a geographically diverse group of STD patients. *AIDS Education and Prevention*, 9(1).
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of Safe Sex Behavior In Adolescents and Young Adults. *Nursing Research*, 41(4), 203-209. doi:10.1097/00006199-199207000-00003
- Doyle, S. R., Calsyn, D. A., & Ball, S. A. (2009). Factor structure of the Condoms Barriers Scale with a sample of men at high risk for HIV. *Assessment*, 16(1), 3-15. doi:10.1177/1073191108322259
- Dulock, H. L. & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the Linkage from Theory to Method. *Nursing Science Quartely*, 4(2), 83-87. doi:10.1177/089431849100400209
- Ellis, E. M., Rajagopal, R., & Kiviniemi, M. T. (2018). The interplay between feelings and beliefs about condoms as predictors of their use. *Psychology & health*, 33(2), 176-192. doi:10.1080/08870446.2017.1320797
- Estill, A., Mock, S. E., Schryer, E., & Eibach, R. P. (2017). The Effects of Subjective Age and Aging Attitudes on Mid- to Late-Life Sexuality. *The Journal of Sex*

- Research*, 55(2), 146–151. doi:10.1080/00224499.2017.1293603
- Fawcett, J. (1999). Analyzing conceptual-theoretical-empirical structures for research in the relationship of theory and research. Philadelphia. Second Edition.
- Fawcett, J. & Downs, F. (1986). Analysis of theory. In J. Fawcett & F. Downs (Eds.) *The relationship of theory and research*, (pp. 13-52). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Fetner, T., Dion, M., Heath, M., Andrejek, N., Newell, S. L., & Stick, M. (2020). Condom use in penile-vaginal intercourse among Canadian adults: Results from the sex in Canada survey. *Plos one*, 15(2), doi:10.1371/journal.pone.0228981
- Fileborn, B., Brown, G., Lyons, A., Hinchliff, S., Heywood, W., Minichiello, V., ... Cramer, P. (2017). Safer Sex in Later Life: Qualitative Interviews With Older Australians on Their Understandings and Practices of Safer Sex. *The Journal of Sex Research*, 55(2), 164-177. doi:10.1080/00224499.2017.1280121
- Finkelstein, N. (2019). *Seis de cada 10 mexicanos no utilizan condón al realizar relaciones sexuales*. Obtenido de <https://mvsnoticias.com/noticias/actualidad/en-mexico-seis-de-cada-10-no-usan-condon-en-relaciones-sexuales/>
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D., & Misovich, S. J. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21, 177-186. doi:10.1037/0278-6133.21.2.177
- Folch, C., Fernández-Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M., & Casabona, J. (2014). Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32(6), 341-349. doi:10.1016/j.eimc.2013.09.017
- Fong, J. A., Brook, O., Pullés, M. C., Tabares, L., & Oliva, J. (2015). Percepción de riesgo de sida en adultos mayores de un área de salud. *Revista Médica de Santiago de Cuba*, 19(9), 1115-1120. Obtenido de:

<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n9/san07199.pdf>

- Foster, V. (2010). *Factors associated with hiv risky sexual behaviors in older adults* (Doctoral tesis). Byrdine F. Lewis School of Nursing in the College of Health and Human Sciences Georgia State University. Atlanta, Georgia.
- Foster, V., Clark, P. C., Holstad, M. M., & Burgess, E. (2012). Factors associated with risky sexual behaviors in older adults. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 23(6), 487-499. doi:10.1016/j.jana.2011.12.008
- Gebreselassie, G., Deyessa, N., & Tesfaye, G. (2013). Intention to use condom among students in Agena preparatory school, Guraghe Zone, Ethiopia: with the application of health believe model. *Archives of public health*, 71(1), 23. doi:10.1186/0778-7367-71-23
- Glasman, L. R., & Albarracín, D. (2003). Models of health-related behavior: A study of condom use in two cities of Argentina. *AIDS and Behavior*, 7(2), 183-193. doi:10.1023/a:1023902509801
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8th ed). Elsevier Health Sciences.
- Harawa, N. T., Leng, M., Kim, J., & Cunningham, W. E. (2011). Racial/ethnic and gender differences among older adults in nonmonogamous partnerships, time spent single, and HIV testing. *Sexually transmitted diseases*, 38(12), 1110-1117. doi:10.1097/OLQ.0b013e31822e614b
- Hayes, A. H. (2018). *Introduction to Mediación, Moderation, and Conditional Process Analysis* (2nd ed). The Guilford Press.
- Heidari, S. (2016). Sexuality and older people: a neglected issue. *Reproductive Health Matters*, 24(48), 1-5. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.011
- Helweg-Larsen, M. (2019). The UCLA multidimensional condom attitudes scale. In R. R. Milhausen, J. K. Sakaluk, T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber (Eds.).

Handbook of Sexuality-Related Measures, 4th Ed., (pp. 274-276). New York, United States: Routledge.

- Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA multidimensional condom attitudes scale: documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychology*, 13(3), 224-237. doi:10.1037//0278-6133.13.3.224
- Hillman, J. (2008). Knowledge, attitudes, and experience regarding HIV/AIDS among older adult inner-city Latinos. *International Journal of Aging & Human Development*, 66(3), 243-257. doi:10.2190/AG.66.3.e
- Hinchliff, S. (2016). Sexual health and older adults: suggestions for social science research, *Reproductive Health Matters*, 24(48), 52-54.
doi:10.1016/j.rhm.2016.10.001
- InfoSIDA. (2020). *El VIH y las poblaciones específicas*. Obtenido de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/25/80/el-vih-y-los-adultos-mayores>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2018). *Buena alimentación y ejercicio ayudan a disminuir efectos de la andropausia*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201809/224>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2014). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/juventud31.pdf>
- Jacobs, R. J., & Thomlison, B. (2009). Self-silencing and age as risk factors for sexually acquired HIV in midlife and older women. *Journal of Aging and Health*, 21(1), 102-128. doi:10.1177/0898264308328646
- Johnson, B. K. (2013). Sexually Transmitted Infections and Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 53–60. doi:10.3928/00989134-20130918-01
- Jones, S. G., Finkl, E. A., Patsdaughter, C. A., & Chadwell, K. (2013). Condom

- attitudes of heterosexual men ages 50 and older using prescribed drugs (Viagra, Cialis, Levitra) to treat erectile dysfunction. *American journal of men's health*, 7(6), 504-515. doi: 10.1177/1557988313486172
- Kaneko, N. (2007). Association between condom use and perceived barriers to and self-efficacy of safe sex among 153ood153 women in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 9(4), 284–289. doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00338.x
- Kayiki, S. P., & Forste, R. (2011). HIV/AIDS related knowledge and perceived risk associated with condom use among adolescents in Uganda. *African journal of reproductive health*, 15(1).
- Leyva, J. M. (2008). La expresión sexual de los ancianos: Una sobredosis de falsos mitos. *Índex de enfermería*, 17(2), 124-127. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200010&script=sci_arttext&tlng=en
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Lauman, E. O., Levison, W., O'Muircheartaigh, C. M., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774. doi:10.1056/NEJMoa067423
- Llanes Betancourt, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista cubana de enfermería*, 29(3), 223-232. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n3/enf08313.pdf>
- Malcolm, S., Huang, S., Cordova, D., Freitas, D., Arzon, M., Jimenez, G. L., ... & Prado, G. (2013). Predicting condom use attitudes, norms, and control beliefs in Hispanic 153ood153mer behavior youth: The effects of family functioning and parent–adolescent communication about sex on condom use. *Health Education & Behavior*, 40(4), 384-391. doi:10.1177/1090198112440010
- MedlinePlus. (2021a). *Cambios en el sistema inmunitario con la edad*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004008.htm>

MedlinePlus. (2021b). *Herpes genital*. Obtenido de

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000857.htm>

Merghati-Khoei, E. S., Rezaei, Z., Shojaei-Zadeh, D., Azadi, N. A., Rimaz, S., Bayat, A., ... & Mohraz, M. (2017). Sexual risk behaviors and condom use barriers in Iranian men with substance use disorders. *Addiction & health*, 9(1), 40-47.

Minichiello, V., Rahman, S., Hawkes, G., & Pitts, M. (2012). STI epidemiology in the global older population: emerging challenges. *Perspectives in Public Health*, 132(4), 178-181. doi:10.1177/1757913912445688

Montanaro, E. A., & Bryan, A. D. (2014). Comparing theory-based condom interventions: health belief model versus theory of planned behavior. *Health Psychology*, 33(10), 1251-1260. doi:10.1037/a0033969

Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2015). Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model. In K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath (Eds.). *Health Behavior Theory, Research, and Practice*, 5th Ed., (pp. 95-124). San Francisco, United States: Wiley.

Morales, A., Vallejo-Medina, P., Abello-Luque, D., Saavedra-Roa, A., García-Roncallo, P., Gomez-Lugo, M., ... & Espada, J. P. (2018). Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC public health*, 18(1), 1-13. doi:10.1080/17290376.2017.1392340

Naciones Unidas [NN]. (2021). *Envejecimiento*. Obtenido de

<https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. L. (2012). Development of the perceived risk of HIV scale. *AIDS and Behavior*, 16(4), 1075-1083. doi:10.1007/s10461-011-0003-2

Nasrullah, M., Oraka, E., Chavez, P. R., Johnson, C. H., & DiNenno, E. (2017). Factors Associated With Condom Use Among Sexually Active US Adults, National

- Survey of Family Growth, 2006–2010 and 2011–2013. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 541–550. doi:10.1016/j.jsxm.2017.02.015
- Odimegwu, C. O., & Mutanda, N. (2017). Covariates of high-risk sexual behaviour of men aged 50 years and above in sub-Saharan Africa. *SAHARA-J. Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 14(1), 162–170.
doi:10.1080/17290376.2017.1392340
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y salud*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=DD85BC2B6478FF39DAA1C8B87A488C8D?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020a). *Hepatitis B*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020b). *Virus del herpes simple*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
- Orozco, I., & Rodriguez, D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y Ciencia Social* 8(1), 3–10. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/314/31480101.pdf>
- Poynten, I. M., Grulich, A. E., & Templeton, D. J. (2013). Sexually transmitted infections in older populations. *Current Opinion in infectious diseases*, 26(1), 80–85. doi:10.1097/QCO.0b013e32835c2173
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA]. (2021). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*. Obtenido de

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA]. (2020). *El sida en cifras*. Obtenido de <https://www.unaids.org/es>

Rich, A., Mullan, B. A., Sainsbury, K., & Kuczmierczyk, A. R. (2014). The role of gender and sexual experience in predicting adolescent condom use intentions using the theory of planned behaviour. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(4), 295-306.
doi:10.3109/13625187.2014.917624

Rivers, J. (2014). Sexually Transmitted Infections in the Older Patient: An Unlikely Event—156ood156 It?. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 18(1), 1-2.
doi:10.2310/7750.2014.EDIT18.1

Roberson, D. W. (2018). Meeting the HIV Prevention Needs of Older Adults. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 29(1), 126–129.
doi:10.1016/j.jana.2017.08.004

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum Press.

Sarkar, N. N. (2008). *Barreras al uso del condón*. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(2), 114-122.
doi:10.1080/13625180802011302

Schick, V., Herbenick, D., Reece, M., Sanders, SA, Dodge, B., Middlestadt, S.E., & Fortenberry, JD (2010). Comportamientos sexuales, uso de condones y salud sexual de estadounidenses mayores de 50 años: implicaciones para la promoción de la salud sexual en adultos mayores. *La revista de medicina sexual*, 7, 315-329. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21029388/>

- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud [SSA]. (2002). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.html>
- Simson, R., Kulasegaram R. (2012). Sexual health and the older adult. *Student BMJ*. Obtenido de https://www.west-info.eu/files/Student-BMJ_-Sexual-health-and-the-older-adult.pdf
- Smith, T. K. (2015). Sexual protection strategies and condom use among middle-aged African American women: a qualitative study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26 (5), 526-541. doi: 10.1016/j.jana.2015.05.006
- Smith, T. K., & Larson, E. L. (2015). HIV Sexual Risk Behavior in Older Black Women: A Systematic Review. *Women's Health Issues*, 25(1), 63-72. doi:10.1016/j.whi.2014.09.002
- Sormanti, M., & Shibusawa, T. (2007). Predictors of Condom Use and HIV Testing Among Midlife and Older Women Seeking Medical Services. *Journal of Aging and Health*, 19(4), 705–719. doi:10.1177/0898264307301173
- St. Lawrence, J.S., Chapdelaine, A.P., Devieux, J.G., O'Bannon III, R.E., Brasfield, T.L. y Eldridge, G.D. (1999). Measuring perceived barriers to condom use: psychometric evaluation of the Condom Barriers Scale. *Evaluación*, 6(4), 391-404. doi:10.1177/107319119900600409
- Stanton, B., Deveau, L., Lunn, S., Yu, S., Brathwaite, N., Li, X., ... & Marshall, S. (2009). Condom-use skills checklist: a proxy for assessing condom-use knowledge and skills when direct observation is not possible. *Journal of health, population, and nutrition*, 27(3), 406-412. doi: 10.3329/jhpn.v27i3.3383

- Stepanian, N. A. (2016). *Predictors of Intention for Safer Sex Practices Among Single Women Fifty Years of Age and Older that Date Online* (Doctoral tesis). George Mason University, Fairfax, Virginia.
- Sullivan, C., Lilian, F. L., Irarrázabal, L. V., Villegas, N., Rosina, C. A., & Peragallo, N. (2017). Exploring self-efficacy and perceived hiv risk among socioeconomically disadvantaged hispanic men. *Horiz Enferm*, 28(1), 42-50
- Syme, M. L., Cohn, T. J., & Barnack-Tavlaris, J. (2016). A Comparison of Actual and Perceived Sexual Risk Among Older Adults. *The Journal of Sex Research*, 54(2), 149-160. doi:10.1080/00224499.2015.1124379
- United States Department of Veterans Affairs [VA], (2021). *Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) en los adultos mayores*. Obtenido de https://www.veteranshealthlibrary.va.gov/Spanish/DiseasesConditions/c142,87520_VA
- Uribe. (2015). *Descuido propicia muertes por VIH en mayores de 50 años*. Obtenido de <http://www.milenio.com/cultura/descuido-propicia-muertes-vih-mayores-50-anos>
- Valdez, M. (2015). *Modelo de conducta sexual segura en hombres que tienen sexo con hombres* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Villarruel, A. M., Jemmott III, J. B., Jemmott, L. S., & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: a test of the planned behavior theory. *Nursing research*, 53(3), 172-181. doi:10.1097/00006199-200405000-00004
- Younge, S. N., Salazar, L. F., Crosby, R. F., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., & Rose, E. (2008). Condom use at last sex as a proxy for other measures of condom use: is it good enough?. *Adolescence*, 43(172), 927-931.
- Zamberia, A. M. (2009). Sexual activity and condom use among people living with HIV in Swaziland. *African Journal of AIDS Research*, 8(1), 69-81. doi: 10.2989/AJAR.2009.8.1.8.721

Zamudio, A., Aguilar, S., & Avila, J. A. (2017). Deterioro cognitivo en adultos mayores con VIH/sida y síndrome de fragilidad. *Gaceta Médica de México*, 153(5), 598-607. Obtenido de https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n5/GMM_153_2017_5_598-607.pdf

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento Informado

Título del proyecto: Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad
Autor: Dafne Astrid Gómez Melasio
Director de Tesis: Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Introducción/Objetivo del estudio:

El estudio Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad se está realizando a través de una encuesta online, en personas de 40 a 74 años de edad, para conocer los factores relacionados a la conducta sexual. Su participación y los resultados obtenidos son para fines de obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Por lo que, le invitamos a participar contestando algunas preguntas sobre su sexualidad. A continuación, se le explicará en que consiste el estudio y los procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio.

Descripción del estudio/Procedimientos:

Se invitará a participar a personas de 40 a 74 años de edad, a través de la red social Facebook®, hasta completar 726 participantes.

Si usted desea participar solo debe acceder al enlace proporcionado para responder la encuesta. Cabe mencionar que en la encuesta online no se le solicitará su nombre ni algún otro dato de identificación, es totalmente anónima.

Deberá proporcionar su consentimiento para participar en la encuesta.

Las primeras preguntas de la encuesta permiten identificar si usted cumple con el perfil requerido para el estudio. En caso de no contar con él, no podrá continuar con la encuesta y se le agradecerá por su participación.

La encuesta online incluye nueve cuestionarios sobre aspectos de su sexualidad.

El tiempo aproximado de su participación es de 30 a 45 minutos.

Una vez que concluya la encuesta podrá saber inmediatamente si fue acreedor a una de las remuneraciones (recargas de tiempo aire) que se sortean entre los participantes y el proceso a seguir para adquirirla.

Posteriormente, el investigador agradecerá su participación.

La información que usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas científicas, pero se realizará de manera grupal, su nombre ni datos de identificación aparecerán en estos.

Aun iniciada la encuesta, usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.

Para evitar todas las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, le recomendamos contestarlos de la manera más privada posible. Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son nulos. Si se siente incómodo con alguna pregunta puede retirarse de la encuesta, sin que esto tenga repercusiones para usted.

Beneficios esperados:

Usted no obtendrá ningún beneficio por su participación, pero tenga en cuenta que su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo.

Compromisos del investigador:

Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber

He sido informado y todas mis preguntas han sido contestadas por lo que **acepto proporcionar información** en este estudio.

Firma: _____

Fecha: _____

Apéndice B
Cédula de Datos Personales

Folio _____

A continuación, se presentan una serie de preguntas que incluyen aspectos personales y de su sexualidad, quizá algunas preguntas le puedan resultar incómodas, pero por favor trate de contestar lo más **honestamente** posible, **no hay respuestas buenas o malas**, la información que usted proporcione es importante y **CONFIDENCIAL**.

Edad: _____ años

Sexo:

1. Femenino

2. Masculino

Estado civil:

1. Soltero	2. Casado	3. Divorciado	4. Viudo	5. Unión Libre	6. Separado
------------	-----------	---------------	----------	----------------	-------------

Escolaridad:

Completa (Si o No)

En caso de que NO

Número de años

Primaria	()	()
Secundaria	()	()
Preparatoria	()	()
Carrera técnica	()	()
Licenciatura/Ingeniería	()	()
Posgrado	()	()

Ingreso económico mensual aproximado: _____

¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

1. Si

2. No

¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con?

Hombres	Mujeres	Hombres y Mujeres
---------	---------	-------------------

¿Alguna vez en su vida usted o alguna pareja suya han utilizado un condón?

1. Si	2. No
-------	-------

¿Hace cuando tiempo fue la última vez que usted o su pareja utilizaron un condón?

¿Considera que es importante que usted o su pareja utilicen condón?

1. Si	2. No	¿Por qué? _____
-------	-------	-----------------

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido a lo largo de su vida?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 o más
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 o más
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

En su último encuentro sexual, ¿usted y su pareja utilizaron un condón?

1. Si	2. No
-------	-------

¿Por qué usted y su pareja no utilizaron un condón en esa ocasión?

No había disponibles	Muy caros	Mi pareja no estaba de acuerdo
No nos gusta	Utilizamos otro anticonceptivo	No pensamos que fuera necesario
No pensamos en eso	Yo no estaba de acuerdo	Otro: _____

¿Con qué frecuencia usted y su pareja sexual estable utilizaron condón durante los últimos 12 meses?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------

¿Con qué frecuencia usted y su pareja sexual ocasional utilizaron condón durante los últimos 12 meses?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------

¿Ha sentido que su deseo sexual ha disminuido?

1. Si	2. No
-------	-------

Mujeres

¿Ha sentido que su flujo vaginal ha disminuido (sequedad vaginal)?

1. Si	2. No
-------	-------

¿Durante la relación sexual, ha sentido que lubrica menos (sequedad vaginal)?

1. Si	2. No
-------	-------

¿Usted puede quedar embarazada?

NO, ya no menstruo o estoy operada	NO, mi pareja ya no puede tener hijos
NO, utilizamos otro método anticonceptivo	SI, si puedo quedar embarazada

Hombres

¿Ha sentido que tiene problemas para lograr la erección de su pene?

1. Si	2. No
-------	-------

¿Ha sentido que tiene problemas para mantener la erección de su pene?

1. Si	2. No
-------	-------

¿Utiliza algún medicamento que le ayude a lograr o mantener la erección?

1. Si	2. No
-------	-------

¿Actualmente padece alguna infección de transmisión sexual?

1. Si	2. No
-------	-------

¿Ha padecido alguna infección de transmisión sexual en su vida?

1. Si	2. No
-------	-------

¿Cuál? _____ **¿Hace cuánto tiempo?** _____

Apéndice C

Escala de Riesgo Percibido a ITS

(Napper, Fisher, & Reynolds, 2012)

Instrucciones: Estas preguntas consideran cómo piensan las personas acerca del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Por favor responda honestamente a las preguntas, aun y cuando parezcan ser iguales no lo son. Esto es importante para nuestra investigación. Por favor marque el recuadro que describa su respuesta de manera más acertada. Elija solo una respuesta para cada pregunta. Considere sus experiencias sexuales durante los últimos 6 meses.

- 1. ¿Intuitivamente, qué tan probable siente que es, que se contagie de alguna infección de transmisión sexual como resultado de sus experiencias sexuales?**

Extremadamente probable	Muy probable	Algo probable	Muy improbable	Extremadamente improbable
-------------------------	--------------	---------------	----------------	---------------------------

- 2. Me preocupa contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales.**

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Una cantidad moderada de veces	Muchas veces	Todo el tiempo
-------	------------	---------------	--------------------------------	--------------	----------------

- 3. Considerando mis experiencias sexuales, imaginar que me contagio de alguna infección de transmisión sexual me parece algo:**

Muy fácil de hacer	Fácil de hacer	Difícil de hacer	Muy difícil de hacer
--------------------	----------------	------------------	----------------------

- 4. Con base en mis experiencias sexuales, estoy seguro de que NO me contagiare de alguna infección de transmisión sexual.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	Medianamente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------------------	----------------------------	---------------	--------------------------

- 5. Me siento vulnerable a contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	Medianamente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------------------	----------------------------	---------------	--------------------------

- 6. Existe una posibilidad, no importa qué tan pequeña sea, de que pudiera contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	Medianamente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-------------------------	----------------------------	---------------	--------------------------

- 7. Con base en mis experiencias sexuales, considero que la probabilidad de que yo me contagie de alguna infección de transmisión sexual es:**

Cero	Casi cero	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
------	-----------	------	----------	------	----------

- 8. Contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales es algo que...**

Nunca he pensado	Casi nunca he pensado	He pensado algunas veces	He pensado con frecuencia
------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------------

Apéndice D

Escala Multidimensional de Actitudes del Condón

(Helweg-Larsen & Collins, 1994)

Instrucciones: Por favor responda a todas las preguntas, incluso si últimamente no ha tenido relaciones sexuales, no ha usado condón o nunca lo han usado usted o su pareja. En tales casos, indique cómo cree que se sentiría en tal situación. Elija la opción que mejor represente sus sentimientos sobre cada afirmación. No hay respuestas correctas o incorrectas a ninguna de estas declaraciones.

Opciones de respuesta: 1 = Muy en desacuerdo, 2 = Desacuerdo, 3 = Ni en desacuerdo, ni de acuerdo (neutro), 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo.	1	2	3	4	5
1. Es muy difícil mencionar el tema del uso de condones a mi pareja.					
2. Creo que el uso del condón interrumpe el juego sexual previo.					
3. Las mujeres piensan que los hombres que usan condones son idiotas.					
4. Creo que los condones son efectivos para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual.					
5. Si tuviera que comprar condones para usarlos yo, me sentiría incómodo al comprarlos.					
6. Los condones no son confiables.					
7. Si tuviera que sugerirle a mi pareja que usemos condón, me daría vergüenza.					
8. Creo que los condones arruinan el sexo.					

Opciones de respuesta: 1 = Muy en desacuerdo, 2 = Desacuerdo, 3 = Ni en desacuerdo, ni de acuerdo (neutro), 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo.	1	2	3	4	5
9. Creo que los condones son un excelente método para no embarazarse.					
10. No creo que comprar condones sea incómodo.					
11. Creo que comprar condones es vergonzoso.					
12. Sería fácil sugerirle a mi pareja que usemos un condón.					
13. Si una pareja está a punto de tener relaciones sexuales y uno de los dos sugiere usar un condón, quizá ya no tengan relaciones sexuales.					
14. Creo que los condones no ofrecen protección confiable.					
15. Los condones son muy divertidos.					
16. No sé qué decir cuando mi pareja y yo necesitamos hablar sobre condones u otra protección.					
17. Me daría vergüenza ser visto comprando condones en una tienda.					
18. Las personas que sugieren el uso del condón son un poco anticuados.					
19. El uso de condones puede hacer que el sexo sea más estimulante o excitante.					
20. Los condones son un método eficaz para no tener hijos.					

Opciones de respuesta: 1 = Muy en desacuerdo, 2 = Desacuerdo, 3 = Ni en desacuerdo, ni de acuerdo (neutro), 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo.	1	2	3	4	5
21. Me siento cómodo hablando de condones con mi pareja.					
22. Los hombres que sugieren usar un condón son realmente aburridos.					
23. Cuando necesito condones, a menudo temo tener que comprarlos.					
24. Creo que una persona que sugiere usar un condón no confía en su pareja.					
25. Los condones son incómodos para ambas partes.					
26. Creo que usar condón hace que se sienta menos.					
27. Creo que el uso del condón es solo para los jóvenes.					
28. Creo que las personas que sugieren usar un condón, solo buscan tener sexo.					
29. Creo que las personas que sugieren usar un condón, es porque tienen sexo con cualquiera.					
30. Creo que el uso del condón no es para las personas de mi edad.					
31. Creo que no es necesario usar condón con tu pareja estable o esposo(a).					
32. Creo que no es necesario usar condón cuando se conoce muy bien a la pareja.					

Apéndice E

Escala de Provisión Social VIH Negativo

(Darbes, Chakravarty, Beougher, Neilands, & Hoff, 2012).

Instrucciones: Al contestar las siguientes afirmaciones tenga en cuenta que “Sexo Seguro” puede significar muchas cosas diferentes. Por ejemplo, el uso de condones es una forma de practicar el sexo seguro, pero también lo es el compromiso de ser monógamo/a, así como la abstinencia sexual. Considere todas las maneras que puedes practicar sexo seguro al responder estas afirmaciones. Por favor, indique qué tan ciertas son las siguientes afirmaciones para usted.

Opciones de respuesta: 1 = Muy en desacuerdo, 2 = Desacuerdo, 3 = Ni en desacuerdo, ni de acuerdo (neutro), 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo.	1	2	3	4	5
1. Puedo contar con mi pareja para que me ayude a practicar sexo seguro si necesito ayuda.					
2. Mi pareja no apoya el sexo seguro.					
3. No puedo recurrir a mi pareja para que me oriente sobre sexo seguro.					
4. Mi pareja depende de mí para recibir ayuda cuando se trata de practicar sexo seguro.					
5. Mi pareja y yo disfrutamos practicando sexo seguro.					
6. Mi pareja sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra alguna infección de transmisión sexual.					
7. Me siento responsable de la salud y el bienestar de mi pareja.					

Opciones de respuesta: 1 = Muy en desacuerdo, 2 = Desacuerdo, 3 = Ni en desacuerdo, ni de acuerdo (neutro), 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo.	1	2	3	4	5
8. Mi pareja y yo compartimos actitudes y creencias similares sobre la práctica de sexo seguro.					
9. No creo que mi pareja aprecie o valore lo que he hecho para protegerme de las infecciones de transmisión sexual.					
10. Mi pareja no estaría allí para apoyarme si me contagiara con alguna infección de transmisión sexual.					
11. Mi relación con mi pareja me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de contagiarme con alguna infección de transmisión sexual.					
12. Puedo hablar con mi pareja sobre sexo seguro, si es necesario.					
13. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi pareja.					
14. Mi pareja comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.					
15. Mi pareja confía en mí para aconsejarlo cuando se trata de sexo seguro.					
16. Puedo confiar en mi pareja para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.					

Opciones de respuesta: 1 = Muy en desacuerdo, 2 = Desacuerdo, 3 = Ni en desacuerdo, ni de acuerdo (neutro), 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo.	1	2	3	4	5
17. Me siento muy unido/a emocionalmente con mi pareja y esto me anima a practicar sexo seguro.					
18. No puedo contar con mi pareja para que me ayude cuando se trata de practicar sexo seguro.					
19. No me siento cómodo/a hablando con mi pareja sobre sexo seguro.					
20. Mi pareja respeta mi decisión de practicar sexo seguro.					
21. El cariño o amor que siento por mi pareja me ayuda a practicar sexo seguro.					
22. Es una decisión mutua de mi pareja y mía practicar sexo seguro.					
23. Si yo pensara que me he expuesto a alguna infección de transmisión sexual, podría contar con mi pareja para que me ayude a manejar la situación.					
24. Mi pareja depende de mí para ayudarlo a practicar sexo seguro.					

Apéndice F

Escala de Barreras del Condón

(St. Lawrence, Chapdelaine, Devieux, O'Bannon, & Brasfield, 1999)

Instrucciones: Por favor, para cada uno de los siguientes elementos, marque la respuesta que mejor caracterice su opinión.

Si usted quisiera usar un condón, ¿Qué tan probable es que se le presente o que piense, lo siguiente?

Opciones de respuesta: 1 = Muy improbable, 2 = Improbable, 3 = Algo probable, 4 = Probable, 5 = Muy probable.	1	2	3	4	5
1. La mayoría de las veces ninguno de los dos tiene un condón disponible.					
2. No quiero usar o que mi pareja use condón.					
3. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, podría terminar la relación sexual.					
4. No tendríamos un condón a la mano.					
5. Mi pareja no usará condón.					
6. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, pensaría que no confío en él o ella.					
7. Normalmente se nos olvida usar condón.					
8. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, pensaría que usted cree que le está siendo infiel o lo(a) engaña.					

Opciones de respuesta: 1 = Muy improbable, 2 = Improbable, 3 = Algo probable, 4 = Probable, 5 = Muy probable.	1	2	3	4	5
9. Tendría miedo de pedirle a mi pareja que usemos un condón.					
10. Si le pidiera a mi pareja que usemos condón, podría pensar que le soy infiel o lo engaño.					
11. Los condones rozan y causan irritación.					
12. No sabría dónde conseguir un condón.					
13. Los condones no se sienten bien.					
14. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, mi pareja podría perder lo excitado(a) o perder la erección.					
15. Los condones interrumpen o quitan la excitación.					
16. Los condones están en contra de mis creencias religiosos.					
17. Los condones se sienten antinaturales (que no son naturales).					
18. Si le pidiera a mi pareja que usemos condón, podría molestarse.					
19. Los condones no encajan bien o no tienen un ajuste adecuado.					
20. Los condones son caros.					
21. No tendría en que moverme o transportarme para ir a comprar u obtener condones.					

Opciones de respuesta: 1 = Muy improbable, 2 = Improbable, 3 = Algo probable, 4 = Probable, 5 = Muy probable.	1	2	3	4	5
22. Me da vergüenza comprar condones o pedirlos.					
23. Creo que depende del hombre proporcionar un condón.					
24. Me siento más cerca de mi pareja sin condón.					
25. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, podía pensar que lo estoy insultando o menospreciando.					
26. No necesito usar condón, nunca me he contagiado de nada.					
27. Me siento más involucrado(a) o unido(a) con mi pareja sin utilizar condón.					
28. Los condones cambian el clímax o el orgasmo.					
29. No necesitamos usar condón, usamos otro método.					

Apéndice G

Escala de Autoeficacia del Uso del Condón

(Dilorio, Maibach, O’Leary, Sanderson, & Celentano, 1997)

Instrucciones: Por favor, para cada uno de los siguientes elementos, marque la respuesta que mejor caracterice su opinión.

Opciones de respuesta: 1 = Muy inseguro, 2 = Inseguro, 3 = Algo seguro, 4 = Seguro, 5 = Muy seguro.	1	2	3	4	5
1. Puedo decir “no” a tener sexo con una nueva pareja si no tenemos condón, aunque tengamos muchas ganas de tener sexo.					
2. Puedo evitar situaciones que podrían terminar en sexo sin condón, cuando no tengo un condón.					
3. Puedo decir “no” a tener sexo si mi pareja y yo no tenemos un condón, aunque no lo hayamos usado anteriormente.					
4. Puedo evitar tomar alcohol o consumir drogas cuando voy a tener relaciones sexuales.					
5. Puedo hablar con mi pareja sobre el uso del condón incluso antes de excitarme demasiado.					
6. Puedo usar condón (yo o mi pareja sexual), incluso si pago o me pagan por tener sexo.					
7. Puedo hablar con cada una de mis parejas sobre la importancia del uso de condones, incluso las personas con las que he tenido relaciones sexuales					

Opciones de respuesta: 1 = Muy inseguro, 2 = Inseguro, 3 = Algo seguro, 4 = Seguro, 5 = Muy seguro.	1	2	3	4	5
anteriormente.					
8. Puedo llevar un condón conmigo cuando salgo, por si lo llego a necesitar.					
9. Puedo hablar con todas mis parejas nuevas sobre la importancia del uso del condón.					
10. Puedo encontrar otras actividades placenteras (como la masturbación mutua) cuando no hay condones.					
11. Me puedo detener antes de la penetración para ponerme el condón o para que mi pareja se lo ponga, aunque esté muy excitado.					
12. Siempre puedo tener un condón a la mano por si lo llegó a necesitar.					
13. Puedo quitarme (o quitar a mi pareja) aún con erección después de haber terminado cuando tengo sexo con condón.					
14. Puedo poner un condón, aunque el lugar esté obscuro.					
15. Puedo usar un condón sin dificultad.					
16. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo poner un condón, aunque esté nervioso.					

Opciones de respuesta: 1 = Muy inseguro, 2 = Inseguro, 3 = Algo seguro, 4 = Seguro, 5 = Muy seguro.	1	2	3	4	5
17. Puedo poner un condón sin que se resbale o se rompa.					
18. Pude hacer que cada pareja con la que tuve sexo anteriormente usará condón aun y cuando mi pareja no quería usarlo.					
19. Puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera y no lo hayamos usado antes.					
20. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera.					
21. Puedo hacer que el sexo con condón sea placentero.					
22. Puedo hacer que el sexo con condón sea divertido con una pareja, aunque no lo hayamos usado en el pasado.					
23. Puedo usar condón (yo o mi pareja) y disfrutar la experiencia.					
24. Puedo poner un condón sin arruinar el momento.					
25. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque yo haya tomado alcohol o consumido drogas.					

Opciones de respuesta: 1 = Muy inseguro, 2 = Inseguro, 3 = Algo seguro, 4 = Seguro, 5 = Muy seguro.	1	2	3	4	5
26. Puedo hacer que mi pareja y yo usemos condón, aunque no lo hayamos usado antes, y yo haya tomado alcohol o consumido drogas.					

Apéndice H

Lista de Verificación de Habilidades Para el Uso del Condón

(Stanton, Deveaux. Lunn, Yu, Brathwaite, Li, Cottrell, Harris, Clemens, & Marshall, 2009)

Instrucciones: A continuación, se presentan 11 preguntas sobre el uso del condón. Seleccione la opción que considere adecuada.

1. Los condones no caducan (es decir, no tienen fecha de vencimiento)

Cierto	Falso
--------	-------

2. Si una persona no eyacula, se puede quitar el condón y utilizarlo más tarde

Cierto	Falso
--------	-------

3. Es más seguro utilizar dos condones al mismo tiempo

Cierto	Falso
--------	-------

4. No se tiene que usar condón para el sexo oral

Cierto	Falso
--------	-------

5. Desenrolle el condón antes de colocarlo en el pene

Cierto	Falso
--------	-------

6. El condón se puede poner en cualquier momento antes de eyacular

Cierto	Falso
--------	-------

7. Cuando se usa un condón de látex se puede aplicar lubricante a base de:

Aceite	Agua	Ambos
--------	------	-------

8. Para retirar un condón, seleccione ¿cuál o cuáles de las siguientes oraciones son correctas?

a) Retire el pene cuando ya no esté erecto, sujetando el condón
b) Retire el pene mientras siga erecto, sujetando el condón firmemente
c) Las dos opciones anteriores son correctas

9. Seleccione la forma o las formas que considera son correctas para abrir un condón (si requiere, puede seleccionar varias)

a) Con los dientes
b) Con algún objeto que corte
c) Tijeras
d) Dedos

10. Para colocar un condón, seleccione ¿cuál o cuáles de las siguientes oraciones son correctas? (si requiere, puede seleccionar varias)

a) Desenrolle el condón sobre el pene aproximadamente tres cuartas partes de la longitud del pene
b) Presione el lado cerrado del condón con su dedo índice y pulgar
c) Póngase el condón antes de que el pene esté erecto
d) Desenrolle el condón hasta la base del pene (vello)

11. Seleccione ¿Dónde es correcto guardar los condones? (si requiere, puede seleccionar varias)

a) La cartera
b) El carro
c) Lugares frescos y secos
d) En el baño

Apéndice I

Subescala de Intención Para Practicar Sexo Seguro

(DeHart & Birkimer, 1997)

Instrucciones: El sexo más seguro significa una actividad sexual que reduce el riesgo de contagio de alguna infección de transmisión sexual. El uso de preservativos es un ejemplo de sexo más seguro. El sexo inseguro, riesgoso o sin protección se refiere al sexo sin preservativo o alguna otra actividad sexual que pueda aumentar el riesgo de contagio de alguna infección de transmisión sexual. Para cada uno de los siguientes elementos, marque la respuesta que mejor caracterice su opinión.

1. Si tuviera relaciones sexuales, tomaría las precauciones necesarias para reducir el riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-----------------	------------	-----------------------

2. Intentaré usar condón cuando tenga relaciones sexuales.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-----------------	------------	-----------------------

3. Yo evitaré usar condón lo más posible.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-----------------	------------	-----------------------

4. El sexo “más seguro” es habitual para mí.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-----------------	------------	-----------------------

5. Tengo la intención de practicar “sexo más seguro” en mis próximas relaciones sexuales.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-----------------	------------	-----------------------

6. Tengo la determinación de practicar “sexo más seguro”.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-----------------	------------	-----------------------

7. Si fuera a tener relaciones sexuales dentro del siguiente año, usaría condones.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-----------------	------------	-----------------------

8. Tengo la intención de usar condón en mis próximas relaciones sexuales.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-----------------	------------	-----------------------

Apéndice J

Cuestionario de Conducta Sexual más Segura

(Dilorio, Parsons, Adame, & Carlone, 1992)

Instrucciones: Por favor, lea cada pregunta y responda ¿qué tanto realiza las siguientes prácticas sexuales? Seleccione solo una respuesta por pregunta.

	Nunca	A Veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.				
2. Consumo alguna droga (marihuana, cocaína, metanfetaminas, etc...) antes o durante mis relaciones sexuales.				
3. Detengo el jugueteo sexual inicial para ponerme un condón o que mi pareja se lo ponga.				
4. Le pregunto a mi(s) pareja(s) sexual(es) sobre su historial sexual.				
5. Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual.				

	Nunca	A Veces	La mayoría del tiempo	Siempre
6. Uso condón (o mi pareja lo usa) cada vez que tenemos relaciones sexuales.				
7. Tengo relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas intravenosas.				
8. Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus historiales de prácticas bisexuales u homosexuales.				
9. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.				
10. Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozca su historial sexual.				
11. Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo mis genitales irritados.				

	Nunca	A Veces	La mayoría del tiempo	Siempre
12. Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.				
13. Veo o reviso los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de alguna lesión, irritación o algo raro.				
14. Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, enseguida doy mi punto de vista.				
15. Practico sexo oral sin usar condón.				
16. Uso guantes de látex durante los juegos sexuales cuando mis manos presentan cortes o abrasiones.				
17. Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.				

	Nunca	A Veces	La mayoría del tiempo	Siempre
18. Practico sexo anal.				
19. Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales del uso de drogas intravenosas.				
20. Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.				
21. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.				
22. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.				
23. Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mi(s) pareja(s) sexual(es).				
24. Hablo sobre sexo seguro con mi(s) pareja(s) sexual(es).				

	Nunca	A Veces	La mayoría del tiempo	Siempre
25. Tengo relaciones sexuales con alguien que es bisexual o gay.				
26. Practico sexo anal sin usar condón.				
27. Tomo bebidas alcohólicas antes o durante mis relaciones sexuales.				

Apéndice K

Análisis Factorial Confirmatorio de Susceptibilidad Percibida a ITS

Índices de ajuste de susceptibilidad percibida a ITS

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	52.353	17	<.001	.899	.888	.833	.138

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Cargas factoriales y R^2 de susceptibilidad percibida a ITS

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Afectivo	1. ¿Intuitivamente, ¿qué tan probable siente que es, que se contagie de alguna infección de transmisión sexual como resultado de sus experiencias sexuales?	1.000	.667	.445
	2. Me preocupa contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales	1.168	.607	.368
	5. Me siento vulnerable a contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales	1.162	.700	.489
Cognitivo	4. Con base en mis experiencias sexuales, estoy seguro de que NO me contagiaré de alguna infección de transmisión sexual	1.000	.661	.437
	6. Existe una posibilidad, no importa qué tan pequeña sea, de que pudiera contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales	.978	.525	.276

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Cargas factoriales y R^2 de susceptibilidad percibida a ITS (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Relevancia	7. Con base en mis experiencias sexuales, considero que la probabilidad de que yo me contagie de alguna infección de transmisión sexual es:	1.168	.896	.804
	3. Considerando mis experiencias sexuales, imaginar que me contagio de alguna infección de transmisión sexual me parece algo:	1.000	.584	.341
	8. Contagiarme de alguna infección de transmisión sexual debido a mis experiencias sexuales es algo que...	1.050	.585	.342

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

Apéndice L

Análisis Factorial Confirmatorio de Actitud experiencial para el uso del condón

Índices de ajuste de actitud experiencial para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	186.630	87	<.001	.807	.796	.767	.102

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Cargas factoriales y R^2 de actitud experiencial para el uso del condón

Factor	Variable	Carga factorial no estandarizada	Carga factorial estandarizada	R^2
Placer Sexual (PS)	2. Creo que el uso del condón interrumpe el juego sexual previo	1.000	.564	.318
	8. Creo que los condones arruinan el sexo	1.318	.817	.668
	15. Los condones son muy divertidos	.425	.301	.091
	19. El uso de condones puede hacer que el sexo sea más estimulante o excitante	.206	.129	.017
	25. Los condones son incómodos para ambas partes	1.118	.687	.473
Vergüenza de Negociar y Usar Condones (VNyUC)	1. Es muy difícil mencionar el tema del uso de condones a mi pareja.	1.000	.325	.106
	7. Si tuviera que sugerirle a mi pareja que usemos condón, me daría vergüenza	2.054	.720	.519
	12. Sería fácil sugerirle a mi pareja que usemos un condón	1.863	.629	.395
	16. No sé qué decir cuando mi pareja y yo necesitamos hablar sobre condones u otra protección	1.194	.422	.178
	21. Me siento cómodo hablando de condones con mi pareja.	1.204	.454	.206

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Cargas factoriales y R^2 de actitud experiencial para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Carga factorial no estandarizada	Carga factorial estandarizada	R^2
Vergüenza de Adquirir o Comprar Condones (VAoCC)	5. Si tuviera que comprar condones para usarlos yo, me sentiría incómodo al comprarlos	1.000	.832	.692
	10. No creo que comprar condones sea incómodo.	.370	.284	.081
	11. Creo que comprar condones es vergonzoso	.810	.763	.583
	17. Me daría vergüenza ser visto comprando condones en una tienda	.789	.701	.492
	23. Cuando necesito condones, a menudo temo tener que comprarlos	.900	.786	.617

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

Apéndice M

Análisis Factorial Confirmatorio de Actitud instrumental para el uso del condón

Índices de ajuste de actitud instrumental para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	68.959	34	<.001	.833	.880	.779	.097

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Cargas factoriales y R^2 de actitud instrumental para el uso del condón

Factor	Variable	Carga factorial no estandarizada	Carga factorial estandarizada	R^2
Confiabilidad y Efectividad (CyE)	4. Creo que los condones son efectivos para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual	1.000	.394	.155
	6. Los condones no son confiables	.962	.388	.150
	9. Creo que los condones son un excelente método para no embarazarse	2.082	.796	.634
	14. Creo que los condones no ofrecen protección confiable	.686	.258	.067
	20. Los condones son un método eficaz para no tener hijos	1.384	.739	.546
Estigma Asociado a las Personas que Usan Condomes (EAPUC)	3. Las mujeres piensan que los hombres que usan condones son idiotas	1.000	.686	.470
	13. Si una pareja está a punto de tener relaciones sexuales y uno de los dos sugiere usar un condón, quizá ya no tengan relaciones sexuales	.870	.472	.223
	18. Las personas que sugieren el uso del condón son un poco anticuados	1.078	.614	.377

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Cargas factoriales y R^2 de actitud instrumental para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Carga factorial no estandarizada	Carga factorial estandarizada	R^2
	22. Los hombres que sugieren usar un condón son realmente aburridos	1.090	.722	.521
	24. Creo que una persona que sugiere usar un condón no confía en su pareja	1.069	.489	.240

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

Apéndice N

Análisis Factorial Confirmatorio de Norma percibida para sexo seguro

Índices de ajuste de norma percibida para sexo seguro

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	541.232	160	.000	.771	.649	.728	.148

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Cargas factoriales y R^2 de norma percibida para sexo seguro

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Apego	2. Mi pareja no apoya el sexo seguro	7.757	.882	.778
	11. Mi relación con mi pareja me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de contagiarme con alguna infección de transmisión sexual	7.038	.839	.705
	17. Me siento muy unido/a emocionalmente con mi pareja y esto me anima a practicar sexo seguro	1.000	.091	.008
	21. El cariño o amor que siento por mi pareja me ayuda a practicar sexo seguro	6.739	.711	.506
Alianza Confiable	1. Puedo contar con mi pareja para que me ayude a practicar sexo seguro si necesito ayuda	1.000	.762	.580

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Cargas factoriales y R^2 de norma percibida para sexo seguro (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Garantía de Valor	10. Mi pareja no estaría allí para apoyarme si me contagiara con alguna infección de transmisión sexual	.208	.112	.012
	18. No puedo contar con mi pareja para que me ayude cuando se trata de practicar sexo seguro	.249	.146	.021
	23. Si yo pensara que me he expuesto a alguna infección de transmisión sexual, podría contar con mi pareja para que me ayude a manejar la situación	.829	.518	.269
	6. Mi pareja sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra alguna infección de transmisión sexual	1.000	.712	.507
	9. No creo que mi pareja aprecie o valore lo que he hecho para protegerme de las infecciones de transmisión sexual	.325	.183	.033
	13. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi pareja	1.061	.906	.821
	20. Mi pareja respeta mi decisión de practicar sexo seguro	.977	.813	.661

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Cargas factoriales y R^2 de norma percibida para sexo seguro (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Orientación (O)	3. No puedo recurrir a mi pareja para que me oriente sobre sexo seguro	.871	.057	.003
	12. Puedo hablar con mi pareja sobre sexo seguro, si es necesario	9.250	.847	.718
	16. Puedo confiar en mi pareja para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro	1.000	.063	.004
	19. No me siento cómodo/a hablando con mi pareja sobre sexo seguro	9.669	.843	.711
Integración Social (IS)	5. Mi pareja y yo disfrutamos practicando sexo seguro	1.000	.767	.589
	8. Mi pareja y yo compartimos actitudes y creencias similares sobre la práctica de sexo seguro	.797	.661	.436
	14. Mi pareja comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro	.924	.840	.705
	22. Es una decisión mutua de mi pareja y mía practicar sexo seguro	1.018	.869	.755

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

Apéndice O

Análisis Factorial Confirmatorio del Control percibido para el uso del condón

Índices de ajuste del control percibido para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	182.325	76	<.001	.853	.806	.824	.113

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Cargas factoriales y R^2 del control percibido para el uso del condón

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Barreras Motivacionales (BM)	1. La mayoría de las veces ninguno de los dos tiene un condón disponible	.702	.454	.206
	2. No quiero usar o que mi pareja use condón	1.407	.770	.593
	7. Normalmente se nos olvida usar condón	.892	.506	.256
	26. No necesito usar condón, nunca me he contagiado de nada	.944	.559	.312
	27. Me siento más involucrado(a) o unido(a) con mi pareja sin utilizar condón	1.060	.704	.496
Barreras de la Pareja (BP)	29. No necesitamos usar condón, usamos otro método	1.000	.733	.537
	3. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, podría terminar la relación sexual	.915	.541	.293
	5. Mi pareja no usará condón	1.272	.800	.640

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Cargas factoriales y R^2 del control percibido para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
	6. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, pensaría que no confío en él o ella	1.175	.751	.564
	8. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, pensaría que usted cree que le está siendo infiel o lo(a) engaña	.975	.710	.504
	10. Si le pidiera a mi pareja que usemos condón, podría pensar que le soy infiel o lo engaño	1.083	.795	.632
	14. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, mi pareja podría perder lo excitado(a) o perder la erección	1.100	.808	.652
	18. Si le pidiera a mi pareja que usemos condón, podría molestarse	1.121	.754	.569
	25. Si le sugiero a mi pareja que usemos condón, podía pensar que lo estoy insultando o menospreciando	1.000	.545	.297

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

Apéndice P

Análisis Factorial Confirmatorio de Autoeficacia para el uso del condón

Índices de ajuste de autoeficacia para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	646.622	289	<.001	.805	.686	.781	.107

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Cargas factoriales y R^2 de autoeficacia para el uso del condón

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Adquirir y mantener los condones disponibles (AyMCD)	1. Puedo decir “no” a tener sexo con una nueva pareja si no tenemos condón, aunque tengamos muchas ganas de tener sexo	1.080	.622	.387
	2. Puedo evitar situaciones que podrían terminar en sexo sin condón, cuando no tengo un condón	1.000	.494	.244
	3. Puedo decir “no” a tener sexo si mi pareja y yo no tenemos un condón, aunque no lo hayamos usado anteriormente	1.205	.732	.535
	4. Puedo evitar tomar alcohol o consumir drogas cuando voy a tener relaciones sexuales	1.170	.639	.408
	5. Puedo hablar con mi pareja sobre el uso del condón incluso antes de excitarme demasiado	1.188	.677	.459
	6. Puedo usar condón (yo o mi pareja sexual), incluso si pago o me pagan por tener sexo	1.140	.612	.375

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Cargas factoriales y R^2 de autoeficacia para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Colocarse un condón correctamente (CCC)	7. Puedo hablar con cada una de mis parejas sobre la importancia del uso de condones, incluso las personas con las que he tenido relaciones sexuales anteriormente	.978	.583	.340
	8. Puedo llevar un condón conmigo cuando salgo, por si lo llego a necesitar	1.099	.580	.337
	9. Puedo hablar con todas mis parejas nuevas sobre la importancia del uso del condón	.926	.480	.230
	10. Puedo encontrar otras actividades placenteras (como la masturbación mutua) cuando no hay condones	1.157	.717	.514
	11. Me puedo detener antes de la penetración para ponerme el condón o para que mi pareja se lo ponga, aunque esté muy excitado	1.476	.795	.633
	12. Puedo tener un condón a la mano por si lo llegó a necesitar	1.382	.685	.469
	13. Puedo quitarme (o quitar a mi pareja) aún con erección después de haber terminado cuando tengo sexo con condón	1.043	.551	.304
	14. Puedo poner un condón, aunque el lugar esté oscuro	1.000	.793	.628
	15. Puedo poner un condón sin dificultad	1.376	.232	.054

*Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado**(continúa)*

Cargas factoriales y R² de autoeficacia para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R ²
Negociar el uso del condón con la pareja sexual (NUCPS)	16. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo poner un condón, aunque esté nervioso	.988	.783	.613
	17. Puedo poner un condón sin que se resbale o se rompa	.940	.799	.639
	18. Pude hacer que cada pareja con la que tuve sexo anteriormente usará condón, aun y cuando mi pareja no quería usarlo	.802	.767	.588
	19. Puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera y no lo hayamos usado antes	1.021	.838	.702
	20. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera	1.000	.846	.717
Hacer que el uso del condón sea placentero (HUCP)	21. Puedo hacer que el sexo con condón sea placentero	1.000	.841	.707
	22. Puedo hacer que el sexo con condón sea divertido con una pareja, aunque no lo hayamos usado en el pasado	.942	.827	.684
	23. Puedo usar condón (yo o mi pareja) y disfrutar la experiencia	.984	.894	.799
	24. Puedo poner un condón sin arruinar el momento	.949	.848	.719

Nota: R² = Correlación múltiple al cuadrado

(continúa)

Cargas factoriales y R^2 de autoeficacia para el uso del condón (continuación)

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Evitar situaciones que puedan conducir al sexo sin condón (ESCSSC)	25. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque yo haya tomado alcohol o consumido drogas	1.000	.776	.603
	26. Puedo hacer que mi pareja y yo usemos condón, aunque no lo hayamos usado antes, y yo haya tomado alcohol o consumido drogas	1.181	.938	.880

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

Apéndice Q

Análisis Factorial Confirmatorio de las Barreras para el uso del condón

Índices de ajuste de las barreras para el uso del condón

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	47.664	20	<.001	.854	.900	.795	.113

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Cargas factoriales y R^2 de las barreras para el uso del condón

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
barreras para el uso del condón (LAUC)	4. No tendríamos un condón a la mano	1.000	.773	.597
	9. Tendría miedo de pedirle a mi pareja que usemos un condón	.750	.618	.381
	12. No sabría dónde conseguir un condón	.726	.700	.491
	16. Los condones están en contra de mis creencias religiosos	.500	.466	.217
	20. Los condones son caros	.593	.512	.262
	21. No tendría en que moverme o transportarme para ir a comprar u obtener condones	.636	.498	.248
	22. Me da vergüenza comprar condones o pedirlos	.476	.464	.215
	23. Creo que depende del hombre proporcionar un condón	.449	.309	.096

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

Apéndice R

Análisis Factorial Confirmatorio de Intención de Practicar Sexo Seguro

Índices de ajuste de intención de practicar sexo seguro

Modelos	χ^2	gl	p	CFI	GFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	57.156	14	<.001	.876	.865	.814	.168

Nota: X^2 = ji cuadrada, gl = grados de libertad, p = valor de significancia, CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = root mean square error of approximation.

Cargas factoriales y R^2 de intención de practicar sexo seguro

Factor	Variable	Cargas factoriales no estandarizadas	Cargas factoriales estandarizadas	R^2
Intención de Practicar Sexo Seguro (IPSS)	1. Si tuviera relaciones sexuales, tomaría las precauciones necesarias para reducir el riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual	1.000	.583	.339
	2. Intentaré usar condón cuando tenga relaciones sexuales	1.174	.846	.715
	3. Yo evitaré usar condón lo más posible	.335	.202	.041
	4. El sexo “más seguro” es habitual para mí	1.108	.686	.470
	5. Tengo la intención de practicar “sexo más seguro” en mis próximas relaciones sexuales	1.310	.834	.695
	6. Tengo la determinación de practicar “sexo más seguro”	1.047	.702	.493
	7. Si fuera a tener relaciones sexuales dentro del siguiente año, usaría condones	1.090	.778	.605

Nota: R^2 = Correlación múltiple al cuadrado

Resumen Autobiográfico
M.E. Dafne Astrid Gómez Melasio
Candidatos a Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE CONDUCTA SEXUAL MÁS SEGURA EN ADULTOS DE MEDIANA Y TERCERA EDAD

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS – VIH/SIDA

Biografía: Nacida en Saltillo, Coahuila, el 21 de mayo de 1991, hija de María Magdalena Melasio y José Carlos Gómez Vázquez.

Educación: Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería (2014) y de la Maestría en Enfermería con Acentuación en la Atención de Enfermería al Adulto Mayor (2017) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Experiencia profesional:

Enfermera en salud ocupacional en empresa de botanas, de julio 2016 a enero 2017
Catedrático en la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila, de enero de 2017 a julio de 2018.

Asociaciones y membresías:

Miembro activo del Capítulo Tau Alpha de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, de marzo de 2015 a la fecha.

Distinciones:

Acreeedora del 2do lugar en aprovechamiento académico de la tercera generación de Maestría en Enfermería con Acentuación en Atención de Enfermería al Adulto Mayor de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Acreeedora del 2do lugar en aprovechamiento académico de la generación 2018-2021 del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Email: dafne.pg@hotmail.com